ПРОФ. В. А. ОППЕЛЬ

ИСТОРИЯ РУССКОЙ ХИРУРГИИ

Критический очерк

в 2-х частях

Издание
Вологодского Областного Отделения
Государственного Издательства.
1923 г.

ОТПЕЧАТАНО
в типографии
Проф.-тех. школы Полигр. Произ.
в Вологде
в количестве 4000 экзем.
Обложка работы
худ. Н. П. Дмитревского.

Облгиз № 1.

Посвящается

Русскому Хирургическому Обществу

Пирогова.

ПРЕДИСЛОВИЕ.

Написать „историю русской хирургии“—дело очень заманчивое, но крайне тяжелое; оно требует целого ряда лет упорного труда. Написать—„очерк истории русской хирургии“ проще. Я задался целью написать „критический очерк истории русской хирургии“.

Возможно, что некоторые взгляды, мною высказываемые, не всеми хирургами будут приняты сочувственно. Пусть так! К истории я относился, как и к другим работам: на основании изучения материала, я высказывал свои взгляды прямо и открыто, ничем их не прикрашивая. Смягчать выводы, если они идут иногда в разрез с существующим мнением, не вижу оснований. Критику моих взглядов заранее приветствую, если они ее удостоятся.

Свой труд, свой скромный почин очерка русской хирургии я посвящаю Русскому Хирургическому Обществу Пирогова, в котором кончаю двадцатипятилетие своего членства, в котором хирургически развился, в котором ряд лет имею честь быть товарищем председателя, от которого удостоился высшей награды—быть его почетным членом.

Желаю, чтобы мой почин послужил поводом к созданию „полной истории русской хирургии“.

В. Оппель.

12-го сентября
1922 г.
Петроград

Оглавление.

Часть I-ая.

Часть II-ая.

Стр.

Часть I.

ГЛАВА I.

Хирургия до 18 столетия.

„Известно, что император Петр имел особенную привязанность к анатомии и хирургии. Что касается до первой, то в 1698 году посещал он анатомический театр в Лейдене, но еще большего внимания удостоил он подобное заведение в Амстердаме. Здесь поручил он славному Рюину, по собственным его отличным препаратам, объяснить строение человеческого тела и при сем случае показал необыкновенную страсть к познаниям и удивительную память“ (стр. 9)... „Когда же славный Николай Бидлоо в 1702 году призван был в Россию и определен потом преподавателем анатомии при Московском госпитале, то, по именному указу, и здесь в 1706 г. учрежден театр анатомический, в котором Петр I сам при разнятии мертвых тел многократно присутствовал. Известно, что единственно по склонности к анатомии приказывал откладывать разъятие трупа случайно утонувшего в Петербурге придворного пажа до тех пор, пока обстоятельства не позволили самому быть очевидным свидетелем сего действия“ (стр. 10 и 11)...

„К хирургии император показывал таковую же или еще большую наклонность, имев многие познания в сем искусстве и даже практическую к нему способность. Обыкновенно носил он при себе два футляра, один с математическими инструментами... а другой с инструментами хирургическими. К сим последним принадлежали два ланцета со шнепером для кровопускания, анатомический нож, клещи для вы-

дергивания зубов, лопаточка для растирания пластыря, ножницы, щуп для ран и катетер. Привязанность его к хирургии была так велика, что каждый раз надлежало доносить ему, когда и где именно, в госпитале ли, или в частном доме у кого-либо имеет быть примечания достойная операция. Монарх, когда только можно, не пропускал случая там явиться, и даже сам бывал действующим лицом при сих происшествиях. На сей конец, будучи всегда в коротком обращении с искусным придворным хирургом Тормонтом, он приобрел навык методически разлагать мертвые тела, делать хирургические прорезы, отворять жилы, перевязывать раны и выдергивать зубы. Последнего рода операцию делал он между прочим над женою камердинера своего Полубоярева и над служанкою купца Тамеса. Но особенно достойна примечания сделанная монархом брюшная операция (paracenthesis abdominis) над женою голландского купца Берета, урожденной Лунс, страдавшею от водяной болезни. Невозможность болезнь сию излечить, посредством обыкновенных врачебных пособий, заставила медиков давно уже предложить ей испущение воды, посредством брюшной операции, как единственный, давно уже известный, способ к облегчению болезни. Но страждущая никак не хотела решиться. Только один император мог ее уговорить к тому и сам же совершил над нею сию операцию весьма искусно 27-го апреля 1723 г. в присутствии изумленных врачей. Воды выпущено более 20 фунтов, и больная получила немалое облегчение; но несмотря на то, слишком поздняя операция не спасла ей жизни" (стр. 12—14).

Приведенная выдержка взята мной из 3-го тома „*Истории медицины в России*" *Вильгельма Рихтера*, вышедшей в Москве в 1820 г. Мы видим императора-революционера, „прорубившего окно в Европу", вооруженным хирургическими инструментами и производящим даже чревосечение. Больная страдала, нужно думать, водянкой живота на почве цирроза печени.

Петр I, к изумлению врачей, сам произвел разрез стенки полости живота и выпустил жидкость. Не будучи врачем, он произвел операцию, как любитель хирургии.

Известно, что как раз Петр I оказывается насадителем первой медицинской школы в России, основателем первого анатомического театра. Во главе этого дела им был поставлен уже упомянутый выше Николай Бидлоо.

Историю русской хирургии я буду излагать главным образом, как историю развития отрасли искусства лечения, как историю развития отрасли научной медицины. Эта история начинается с Петра I, но считаю не лишним посвятить несколько слов вопросу о врачевании в России в допетровские времена.

Вильгельм Рихтер в первом томе своего сочинения, изданном в 1814 г., старается уверить читателя, что древние россияне были так здоровы, вели такой простой образ жизни, что для них ни врачи, ни врачебное искусство не были нужны.

Летом 1921 г., на амбулаторных приемах в г. Луге, мне показывали двух старушек: одной было 120 лет, другой—105. Если даже в 20-ом столетии в некоторых уголках России изредка люди пользуются такой продолжительностью жизни, то я охотно соглашусь с Рихтером, что продолжительность жизни древних россиян была много больше современной, или жизни 19-го столетия. Но и древние славяне умирали и умирали, очевидно, не от одной дряхлости, значит, хворали. Древние славянки рожали, а мы знаем по современной деревне, что значат многократные роды без специальной помощи, что значат неправильные роды без такой помощи. Древние славяне охотились, воевали и работали, следовательно, имели все поводы получать повреждения, начиная от самых легких и кончая тяжкими и даже смертельными. Следовательно, они несомненно нуждались в хирургической по-

мощи. Если история не сохранила нам положительных данных о приемах народного лечения хирург. заболеваний, то их нельзя не считать чрезвычайно примитивными.

Рихтер указывает, что первые врачи появились при дворах князей и объясняет это тем, что „источник новых болезней открылся в кругу знатных людей, а особенно при дворе. Здесь то прежде всего и почувствовали нужду во врачах. Еще в 15 и 16 веках стали выписывать их сперва для двора одного" (стр. 49). Ясно, что такое толкование есть плод недоразумения. При дворах стали выписывать врачей потому, что двор прежде всего мог выписать врача; кроме того, знал, как это сделать. Народонаселение, пребывавшее в дикости, не имело никакого представления о врачах и врачебной помощи, пользовалось самопомощью, которая иногда приносила некоторую пользу, иногда явно вредила хворающему. Думаю, что такое представление будет гораздо ближе к истине, чем романтические соображения на счет удивительного здоровья древних россиян, а потому и ненужности для них врачебной помощи. Любой заброшенный уголок России и в настоящее время может служить примером того, как люди живут, хворают, выздоравливают и умирают без всякой врачебной помощи.

Если теперь задаться целью отыскать первые признаки хирургической помощи в России с фактической точки зрения, то эти данные можно найти в 1-ом томе *сочинения Рихтера.*

„В 11 веке производимы были разрезы железных опухолей", т. е. опухолей лимфатических желез, „что доказывает история великого князя Святослава Ярославича (1076). Также затыкание, которое и ныне употребляется при сильном течении крови, известно было во времена древние. Сие видно из истории болезни Дмитрия Юрьевича Красного, который (1441) от чрезмерного кровотечения носом спасен был ду-

ховным отцом своим Иосием, заткнувшим у него ноздри механическим образом, посредством хлопчатой бумаги. Равномерно прижигание разных частей тела помощию зажженного трута было издревле еще употребительно у русских, особливо в сухотке. Оно производило многие искусственные нарывы. Великий князь Василий Васильевич, почитавший себя одержимым такою болезнию, приказал испытать (1462) сие наружное средство над собственною своей особою. Оно очень сходствует со введенною после в хирургию моксою и искусственно открываемыми фонтанелями. Сухие вантузы (1490) испытаны были над сыном Иоанна Васильевича" (стр. 94 95).

Ясно, что хирургическую помощь в описываемые и еще более ранние времена могли подавать или самоучки—„знахаря, костоправы", или какие нибудь врачи, обучившиеся где нибудь этому делу. *Рихтер* предполагает, что „первые познания в хирургии распространились из Греции" (стр. 154). Такое предположение вполне вероятно, но греческая медицина както не привилась в России. В 12 столетии жил в Киеве врач Петр Сириянин. В 15 столетии появилось при дворе 2 врача: немчин Антон и Леон, родом еврей (*цит. по Рихтеру*). Оба они грустно кончили свое существование, так как были казнены за то, что не исцелили страдавших—первый князя Каракучу царевича Даньярова, второй сына великого князя Иоанна Иоанновича.

Начиная с 16-го столетия, в Россию стала проникать западно-европейская культура, и вместе с ней появились врачи и хирурги, конечно, прежде всего при дворе великих князей. То же самое продолжалось в 17 столетии. „Если", *говорит Рихтер*: „обозреть историю семнадцатого и ему предшествовавшего века, то увидим, что жившие в России доктора медицины были по большей части иностранцы. Между ними находились англичане, а особливо немцы, также голланцы и датчане, но, что весьма замечательно, не было со-

всем ни одного француза. А в первой половине сего (17) века начали цари и природных россиян, либо таких молодых иностранцев, коих отцы с давнего уже времени здесь поселились, отчасти на своем иждивении посылать в чужие края и именно в Англию, Голландию и Германию, для обучения врачебной науке" (стр. 334).

„В период того же (17) столетия можно заметить и определение подлинных полковых врачей при Российской армии. До царя Бориса Годунова их совсем не было". При Алексее Михайловиче „при полках стали находиться не только многие медики, но также аптекари и цырульники или рудометы. Между тем для надлежащего оных образования не было тогда ни врачебных училищ, ни практических госпиталей; а определяемы были они помощниками при других искуснейших медиках, дабы снискивать навык в употреблении хирургических пособий и обыкновенных лекарств" (стр. 339-340).

Вот в кратких чертах история развития медицины и хирургии в России: она переселялась в лице отдельных немецких, голландских, датских и английских врачей с запада на восток. Несомненно интересно, что среди врачей 16 и 17 столетий, переселившихся в Россию, не было совсем французов. Это объясняется сравнительной дальностью расстояния: цивилизация Франции шла на восток—в Германию, Голландию и Данию, а дальнейшее движение цивилизации на восток осуществлялось представителями упомянутых сейчас государств.

Такое движение цивилизации с запада на восток чрезвычайно интересно с исторической точки зрения. В последующем изложении мы увидим более широкую волну западно-европейского влияния на русскую хирургию, возникновение самостоятельных школ, борьбу их за свою самостоятельность, возрастание влияния специально германской науки, увидим рас-

цвет русской хирургии и с правом признаем ее самостоятельность и значение ее в истории развития, так сказать, международной хирургии, но пересажена она была к нам все-таки с запада, и Запад до сих пор имеет на нее довольно сильное влияние. В этом также сомневаться не приходится.

Следует особенно отметить, что только в 16 и 17 столетиях началась прививка к России хирургии, только в 18 столетии, как сейчас будет видно, появились первые врачебные школы в России. Следовательно, из всех европейских хирургий русская хирургия самая молодая. Самое большее, она может насчитывать себе два с небольшим столетия существования.

ГЛАВА II.

Начало 18-го столетия.

„Больницы в собственном смысле, т. е. в значении лечебных заведений не для одного только призрения, но и для лечения больных, едва ли существовали в России до половины 17-го столетия“, писал в своем интересном сочинении *„История первых медицинских школ в России“ (1883 г.) Яков Чистович.* „Первым госпиталем в России, в настоящем и полном значении этого слова, был Московский „гофшпиталь“, построенный по указу Петра I, данному 25-го мая 1706 г., „за Яузою рекою, против немецкой слободы, в пристойном месте, для лечения болящих людей“ (стр. 6). Этот госпиталь „был первою медицинскою школою или медико-хирургическим училищем в России“, ибо как раз при нем было организовано преподавание медицины.

Во главе госпиталя и во главе медико-хирургического училища был поставлен образованный голландский врач Николай Бидлоо. „Обучение хирургии, т. е. производству хирургических операций, лежало преимущественно на самом Бидлоо, а обучение десмургии или „учреждению бандажей“ (повязок) на помощнике его, лекаре“ (стр. 53).

Таким образом, только в самом начале 18-го столетия началось преподавание хирургии в России, при чем началось оно иностранным учителем, голландцом Бидлоо. Судя по историческим данным, Бидлоо оказался в высокой степени преданным своему делу, посвятившим госпиталю и училищу всю

свою жизнь. Скончался Бидлоо 23-го марта 1735 г., значит, работал для госпиталя и школы почти 30 лет. Значение Бидлоо для медицинских школ в России так велико, что, по мнению *Чистовича*, „со смертью его (Бидлоо) кончился первый период Московского госпитального медицинского училища" (стр. 81).

Конечно, интересно знать, как было обставлено училище и как шло в нем преподавание? Не касаясь деталей, сообщу *со слов Чистовича*, следующие данные: „не было при открытии госпиталя не только ни одного полного скелета, но даже ни одной кости для обучения остеологии. Лекарь учитель (chirurgus informator) должен был служить в одно время и прозектором, и препаратором, и ординатором госпиталя, и хирургом, и репетитором всех специальных медицинских предметов, и главным помощником доктора, и распорядителем госпиталя" (стр. 54). „Одним словом, куда ни обратиться, на что ни посмотреть в этой школе, все в ней надо было устроить или создать по голландским или германским образцам, потому что своего, готового, ничего не было" (стр. 56).

Как видно было из прошлой главы, до Петра I-го в России лечили только иностранные врачи, при чем ими пользовался почти исключительно двор царей. При Петре I-ом возникла своя медицинская школа, появилось свое преподавание, между прочим хирургии, при чем все было создано из ничего иностранцами, по иностранным образцам. Иначе, думаю, и быть не могло, ибо проще для полудикого государства заимствовать то, что ему нужно, со стороны, привить необходимое и затем его развивать, чем доходить до всего собственным умом, тратя на это большое количество столетий.

Если преподавание медицины, в частности хирургии, в России началось в самом начале 18-го столетия, при чем до этого времени существовала или народная самопомощь, или—при дворах царей—по-

мощь иностранных врачей, то невольно возникает вопрос, что же как раз в это время было в Европе? На каком уровне там стояла медицина, специально хирургия? Когда в Европе возникли госпитали и медицинские школы? Мне кажется небезинтересным в самом кратком виде ответить на поставленные вопросы, чтобы оттенить положение русской хирургии со сравнительно-исторической точки зрения.

Для ответа на поставленные вопросы воспользуюсь данными, приведенными в известном сочинении Gurlt'a: Geschichte der Chirurgie. Berlin. 1898.

В Италии университеты, в которые входили медицинские школы, появились с 9-го (?) (Салерно) и 12 столетия Bologna, Reggio, Modena (Bd. I, s. 795). Медицинский факультет Парижского университета основан около 1270 г., с 1634 г. в этом факультете появился профессор хирургии. Лекции профессора хирургии должны были ограничиваться операциями и следующими 5 видами заболеваний и повреждений: раны, язвы, переломы, вывихи, противоестественные опухоли и их лечением. (Bd. II, s. 5). В 542 году в Лионе был основан Hôtel-Dieu, который послужил примером для устройства других, более поздних, госпиталей во Франции (s. 17).

Касательно Германии Gurlt говорит так: „наиболее старое упоминание о госпитале во Франкфурте на Майне, именно о Госпитале Святого духа, относится к 1267—70 г." (Bd. II, s. 170). „Медицинские факультеты германских университетов в средние века были наиболее слабыми, во многих, особенно в начале как в Лейпциге, Ростоке, Базеле и др., существовали только номинально" (s. 172). Анатомию начали преподавать в германских университетах в конце 15-го столетия.

Итак, в России обучение медицине начинается на заре 18-го столетия, в Италии оно идет с 9—12 столетий, во Франции с 13-го, в Германии с 14-го.

Первый госпиталь в России возникает также в самом начале 18-го столетия, во Франции в 6-ом, в Германии в 13-ом. В Англии развитие хирургии шло довольно самостоятельным путем, но и там первое упоминание о хирургах встречается в 1354 г.

Разница получается огромная: Россия вступила на путь развития своей медицины, в частности хирургии, на 3, 5 и более веков позже других европейских стран.

Как раз теперь и время посмотреть, в каком же состоянии развития находилась хирургия в европейских странах тогда, когда она в России только еще начала прививаться рукой Бидлоо. Для целей этого сравнения воспользуюсь сочинением *Гезера*: *„Основы истории медицины“*. (Русск. перев. 1890 г.). Во Франции в 1731 г. была основана „хирургическая академия“. „В 1743 г. последняя была приравнена к медицинскому факультету и — вследствие предъявления ко всем хирургам требования получения предварительного звания магистра философии позорная связь с цирульниками навсегда устранена“ (стр. 352). В это время „большинство английских хирургов происходило из большей частью превосходных частных школ и из многочисленных и образцово устроенных госпиталей в Лондоне, Эдинбурге и Дублине“ (стр. 353). „Сословие хирургов достигло такого уважения, как ни в какой другой стране“. В то время, как Италия, Франция, Англия имели вереницы славных хирургических имен уже в прошлом, в то время, как Франция в 16 столетии родила гениального Ambroise Paré, у нас хирургия только что зарождалась.

Русская хирургия находится в начале третьего столетия своего развития. Это нужно твердо помнить. Надеюсь, мне удастся показать, что развитие русской хирургии шло с невероятной быстротой.

Как было сказано выше, первым учителем хирургии в России нужно считать Николая Бидлоо. Это

был образованный врач, вставший во главе медико-хирургического училища. Все остальные преподаватели школы были также иностранцы. Излагать историю первых шагов развития хирургии в России я буду, придерживаясь прекрасной книги *Як. Чистовича*, о которой уже упоминал выше.

Так как преподавателями медико-хирургического училища были иностранцы, не говорившие по русски, то преподавание могло вестись или на иностранном языке, преимущественно на голландском, или на латинском, которым врачи в то время обязательно должны были владеть. Первоначально комплект учащихся пополнялся иностранцами. Так как последних было мало и во всяком случае недостаточно для заполнения школы, то перешли по плану Бидлоо, к привлечению в медико-хирургическое училище учащихся из духовных славяно-греко-латинских училищ. „Это были славяно-греко-латинские училища в Москве, в Китае городе, за Иконным рядом, утвержденные еще при патриархах, снабжавшие иерархию образованными епископами, архимандритами, игуменами, священниками, подъячими, учителями для математических школ". Отсюда видно, каким образом исторически установилась связь между духовным и медицинским сословиями в России. Как известно, до самого последнего времени нередко молодые люди духовного сословия избирали своей профессией изучение медицины и выдвигали из своей среды как крупных ученых, так и крупных хирургов.

Как бы то ни было, из славяно-греко-латинских училищ в медико-хирургическое училище попадали молодые люди, чисто русского происхождения. Этот факт имеет свой большой исторический интерес.

Начиная с Петра I, иностранное влияние на историю внутреннего развития России особенно велико. Благодаря ряду причин, иностранное влияние на внутреннее развитие свелось главным образом на

влияние германской партии. С точки зрения исторической перспективы, среди иностранцев вообще, имевших влияние на внутреннее развитие России, можно различать 2 группы лиц, прямо противоположных друг другу. Одна группа, приезжая в Россию, сливалась с ней и всецело отдавала себя на развитие русского народа, стремилась помочь ему выбраться на путь цивилизации, признавая за ним полное право на самостоятельное существование, видя в нем все признаки возможного культурного прогресса. К этой группе прежде всего относится Николай Бидлоо, при жизни своей снискавший себе большое уважение.

Противоположная группа лиц держалась иного направления, руководствовалась иными взглядами. Как раз зародыш этого иного направления в истории медико-хирургического училища в Москве. Чтобы лучше оттенить это иное направление, воспользуюсь цитатой *из сочинения Чистовича*:

„Самым яростным порицателем Бидлоо был доктор при главной москов. аптеке, вроде нынешнего штадт-физика, А. де-Тейльс, ненавидевший Бидлоо и завидовавший ему. Он собирал вокруг себя иностранных подлекарей, принятых в русскую службу, и не всегда довольных своим положением, и через них распространял в городе укоры и порицания на Бидлоо и его школу. По их рассказам, ни госпиталь, ни школа вовсе ненужны и бесполезны, потому что никогда не научат тому, чему научаются подлекари за границею; Бидлоо тратит деньги понапрасну, а из учеников его ничего не выйдет кроме буянов и неучей, так как русские вообще неспособны к серьезному образованию“ (стр. 58).

Из всей приведенной тирады имеет особенное значение последняя фраза, как фраза историческая. Бидлоо и де-Тейльс—представители двух лагерей, двух гениев доброго и злого гениев русской цивилизации. Один из них старается помочь русско-

му народу выйти на свой собственный путь широкой европейской цивилизации, признавая за ним все права на будущий прогресс; другой—тормозит русскую цивилизацию, презирает русский народ, полагая, что последний вообще не способен к цивилизации, что он представляет собой „низшую расу“, не могущую воспринять и развивать знания, не могущую постигнуть тайну науки, в том числе тайну медицинской науки.

Я нарочно подчеркиваю сопоставление докторов Бидлоо и де-Тейльса, ибо это есть две первые фигуры различных начал русской действительности, влиявших в продолжение двух веков на развитие русской медицины, в частности русской хирургии. В дальнейшем мы встретимся с борьбой двух начал, мы увидим, как слагались условия борьбы и что из этого вышло. Пока был жив Бидлоо, училище оборонялось. Когда умер Бидлоо и в училище ворвался де-Тейльс, то он произвел там большие беспорядки: наказывал, сек, отправлял в солдаты, одним словом, упражнялся в жестокостях и своеволии. Нет никакой необходимости приводить подробности деятельности де-Тейльса. Сейчас мы спокойно можем сказать, что прав был Бидлоо, а не де-Тейльс.

ГЛАВА III.

Периоды истории русской хирургии.

История русской хирургии легко распадается на два больших периода: первый из них захватывает время с начала преподавания хирургии в России до Пирогова, т. е. до начала его профессорской деятельности. Так как Пирогов кафедру в дерптском университете получил в 1836 г., а в медико-хирургической академии кафедру госпитальной хирургии и патологической анатомии в 1841 г., то, следовательно, первый период русской хирургии будет продолжаться с 1706 г. (год основания в Москве медико-хирургического училища) до 1836 41 г. г. В итоге первый период обнимает собой менее полутора столетия.

Второй период начинается Пироговым и продолжается по сейчас, значит, имеет пока длительность менее одного столетия. Именно Пирогов делит историю русской хирургии на два больших периода.

Пирогова часто называют „отцом", „создателем", „творцом" русской хирургии, принимая, что до Пирогова не было ничего своего самобытного, самостоятельного, а что вся хирургия была заимствованна, подражательна. Надеюсь мне удастся показать, что история русской хирургии знает, так сказать, предтеч Пирогова; мне удастся доказать, что к моменту появления Пирогова в России были отдельные блестящие хирурги, пользовавшиеся даже европейским именем. Но ни до Пирогова, ни после него не было в России хирургического гения, который поразил и

поражает до сих пор своей разносторонностью, глубиной мысли, смелостью, оригинальностью и в то же время часто правильностью суждений, который блещет идеями новатора и проводит их в жизнь, который горит неукротимой энергией, который указывает новые пути в крупнейших вопросах хирургии не только в своем отечестве, но и для всего света. Вот почему, не разделяя взгляда, что до Пирогова русская хирургия представляла собой пустое место, что Пирогов потому явился среди пустыни, я тем не менее всецело присоединяюсь к оценке Пирогова, как создателя второго периода русской хирургии и ставлю его на границе между двумя периодами.

Такая постановка вопроса может подлежать оспариванию. Историю всемирной хирургии принято делить на два периода: громадный первый, обнимающий собой несколько веков до появления на хирургической сцене Lister'а, и сравнительно короткий, но необычайно блестящий, второй период, начиная с Lister'а, с его знаменитой антисептики. Второй период начался в 60-тых годах 19-го столетия. Нет никакого сомнения, что как Пирогов в российском масштабе, так Lister в мировом масштабе имели своих предтеч. Даже Пирогов не прочь себя считать таким предтечей Листера. Что это на самом деле так, доказывается следующим образом.

В письме на имя I. В. Бертенсона из Вишни от 27-го сентября 1880 г. Пирогов дает сжатую свою автобиографию, при чем перечисляет все, им сделанное. Заканчивая обозрение своей хирургической деятельности, он говорит так:

„Неподвижность поврежденной части и самой раны, антисептические средства при лечении раны, тщательная забота о свободном выходе ферментов, ее заражающих, и методичное давление, с возбуждением местной испарины в поврежденной части, вот главные основы, по моему мнению, благотворного действия Листеровской повязки, были не раз

уже давно испытаны мною в госпитальной практике, и если они не дали таких блестящих результатов, как эта повязка, то причиною тому было несовершенство техники и недостаток в приспособлении удобного материала (стр. 21).

Гений Пирогова стоит вне всякого сомнения, но из приведенной выдержки вытекает, что если Пирогов относится к предтечам Листера в смысле пользования веществами, которые главным образом со времен Листера получили название антисептических, то все же центр тяжести Листеровского лечения не в технике, а в принципе: не допускать инфекцию к ране и уничтожать инфекцию в самой ране. Как раз этот принцип перевернул все дело лечения хирургических больных, все дело лечения кровавыми операциями. Как предтечи Пирогова в истории русской хирургии имеют свое значение, так и Пирогов, как предтеча Листера, тоже заслуживает упоминания. Но как предтечи Пирогова не умаляют его значения, так Пирогов — предтеча Листера — не умаляет грандиозного значения последнего.

Чтобы быть исторически справедливым, я должен сейчас же упомянуть, о чем буду говорить впоследствии более подробно, что значение Пирогова выходит из рамок значения его, как создателя только русской хирургии. У этого гениального человека есть мировые заслуги.

Если бы тем не менее я писал историю хирургии вообще, то, конечно, вынужден был бы и русскую хирургию, как придаток международной, разделить на два периода—до-листеровский и после-листеровский. Так как я пишу историю именно Русской хирургии, то получаю полное право делить ее на приведенные два периода—до Пирогова и начиная с Пирогова, как гения, проявившего все, накопленные больше чем за столетие в России, хирургические силы. С этой точки зрения Листеровская антисептика займет свое почетное место, как переродившая и рус-

скую хирургию. Но Листер ее именно переродил, а Пирогов создал. Потому Листер входит с блеском нового света в уже созданный храм второго периода русской хирургии.

Значение Пирогова для русской хирургии очень походит на значение Ambroise Paré для французской, даже европейской хирургии. Между Пироговым и Ambroise Paré много общих черт: тот же гениальный размах нововведений, тот же глубоко проникающий взгляд наблюдений, тот же неудержимый энтузиазм работы, тот же неукротимый дух изучений, тот же боевой темперамент столкновений. Два гения— французский и русский, оба создатели учений об огнестрельных повреждениях, но французский гений жил в 16-ом столетии (1510 1590), русский—в 19-ом (1810 1881). Французская хирургия со своим гениальным Ambroise Paré шла на три столетия впереди русской с ее гениальным Пироговым. А три столетия для развития науки—срок, очень большой! Не спорю, что и в настоящее время французские хирурги блещут техникой и оригинальностью мыслей, также, как блистали всегда, но разве Пирогов в 19-ом столетии не догнал французскую хирургию!?. Ответ на это можно получить из рассказов самого Пирогова (*Вопросы жизни*, стр. 485):

„Самое приятное впечатление произвел на меня из всех парижских хирургов Вельпо. Может быть, нравился он мне и потому, что на первых же порах сильно пощекотал мое авторское самолюбие. Когда я пришел к нему в первый раз, то застал его читающим два первые выпуска моей „хирургической анатомии артерий и фасций". Когда я ему рекомендовался глухо: — я русский врач,—то он тотчас же спросил меня, не знаком ли я с le professeur de Dorpat, m-r Pirogoff, и когда я ему объявил, что я сам и есть Пирогов, то Вельпо принялся расхваливать мое направление в хирургии, мои исследования фасций, рисунки и т. д."... В то же время в Париже (1837 г.) Пирогов вел открытый спор с Amussat по поводу

направления мочевого канала и был совершенно прав утверждая, что мочеиспускательный канал имеет изогнутое направление. Amussat поддерживал „свое ложное мнение о совершенно прямом направлении мочевого канала" (стр. 486).

Думаю, что достаточно обосновал причину, почему делю историю русской хирургии на два периода: до-пироговский и начиная с Пирогова. Но такого деления недостаточно. Каждый большой период необходимо разбить на более мелкие подпериоды. Для первого периода таких будет два, для второго —три.

Чтобы разделить периоды на подпериоды надо, само собой разумеется, воспользоваться какими нибудь определенными критериями, отмеченными в истории определенными датами. Мне представляется, что сделать это не трудно.

Как выше было говорено, хирургия в Россию пересажена с Запада. На протяжении двух с небольшим веков своего развития, русская хирургия постепенно становилась на самостоятельные ноги, превращалась в самостоятельную науку. Фигура Пирогова так и подходит к делению истории всей русской хирургии на два периода, что он сразу поставил русскую хирургию совершенно самостоятельно и независимо. Не отказываясь от знакомства с западом, наоборот, очень ценя западную хирургию, он к ней всегда относился критически, и сам многое ей давал. В этом и заключается самостоятельность науки. Такая резкая грань, как Пирогов, единственная в своем роде. Однако в каждом периоде можно найти более мелкие, но подобные же грани, пройдя через которые русская хирургия становилась более самостоятельной.

Первоначальное обучение хурургии в московском медико-хирургическом училище велось преимущественно на латинском языке, в петербургском—преимущественно на немецком. Русский язык не допускался.

В 1764 г. из московского училища в петербургское был переведен д-р Щепин; „он был причислен к спб. генеральному сухопутному госпиталю и получил поручение преподавать там анатомию и хирургию на русском языке. Программы его лекций сохранились до настоящего времени“ (*Чистович*, стр. 116) „Щепин сам говорит, уведомляя коллегию о том, что он начал уже преподавание (16 октября, 1764 г.), что преподавать по-русски весьма трудно, „ибо я на латинском языке десять коллегий прочитаю лучше, нежели на русском одну“ (стр. 117). Щепин в Скт. Петербурге был сделан доцентом.

17-го сентября 1764 г. утверждено медицинскою коллегией соглашение доцентов в том, „что отныне на будущее время преподавание в госпитальных школах будет публичное, на русском и немецком языках“ (*Чистович*, стр. 336). Если Щепин был доцентом по анатомии и хирургии на русском языке, то ему противоставлялся доцент фон-Меллен, который читал анатомию и хирургию на немецком языке (стр. 337).

Из приведенных фактов и дат явствует, что в 1764 г. было признано по крайней мере равноправие русского и немецкого языков для преподавания анатомии и хирургии в России. С точки зрения постепенного развития самостоятельности приведенная дата имеет потому большое значение.

Приведенная дата имеет близкое соседство с другой датой, также большого значения для самостоятельного развития науки. На протяжении 18 столетия докторами медицины в России были или иностранцы, или русские, но обязательно получавшие степень доктора медицины в заграничных университетах. Как исключение из сказанного, подтверждающее общее правило, упоминается о том, что иногда цари сами жаловали врачей в степень доктора медицины.

„Царь Алексей Михайлович сам даже пожаловал одного из своих придворных врачей доктором медицины, а также и при сыне его оказано подобное отличие другому хирургу, родом из Силезии" (*Рихтер. ч. I*, стр. 309).

В 1776 г. медико-хирургические школы были преобразованы в медико-хирург. училища, которым предоставлено было право „доводить в докторскую степень, доставляя таковым посредством природных российских докторов для занятия мест, званию их соответствующих" (*Чистович*, стр. 357).

Введение русского языка в преподавание хирургии, во первых,—право возводить в степень доктора медицины, во вторых, дают мне полное основание, с принятой мною точки зрения, считать 1764-66 годы концом первого и началом второго подпериодов русской хирургии. Это будет тем более так, что сама медицинская коллегия, т. е. управляющий медициной орган в России, пользовалась правом возведения в степень доктора медицины с 1764 г. (*Чистович*, стр. 357).

Чтобы укрепить принятое мною деление, позволю себе рассмотреть могущие быть сделанными возражения. Прежде всего может возникнуть следующее соображение: за первый подпериод нужно признать время, протекшее до преподавания медицины в высшем учебном заведении. Первым высшим учебным заведением в России является Московский Университет, проект которого, разработанный Шуваловым, был утвержден императрицей Елизаветой Петровной 12-го января, 1755 г. Открыт университет 26-го апреля 1755 г. Университет состоял из трех факультетов, среди которых имелся и медицинский с тремя кафедрами: химии с применением к химии аптекарской, натуральной истории и анатомии с медицинской практикой (*Шевырев. История императорского Московского университета. Москва. 1855 г.*).

Как видно, здесь нет и помина о преподавании специально хирургии, между тем как в медико-хирургических школах хирургия уже давно преподавалась, как самостоятельный предмет. На медицинском факультете Московского университета хирургия первоначально преподавалась, как часть „практической медицины". Только в 1764 г. профессор Эразмус первый открыл на медицинском факультете Московского университета „кафедру анатомии, хирургии и повивального искусства" (*Шевырев*, стр. 55). Значит, мы опять встречаемся с датой 1764 г., при чем приведенная мною дата еще более укрепляется, как граница между двумя подпериодами. Новым подкреплением принятого мной деления служит и то обстоятельство, что Московский университет получил право возводить в степень доктора медицины 29-го сентября, 1791 г. (*Шевырев, Чистович*), значит, на 25 лет позже медико-хирургических училищ. Совершенно ясно, что медико-хирургические школы шли впереди московского факультета, почему для истории хирургии важнее даты достижений первыми, а не вторым.

Второе возражение может строиться так: признать за конец первого подпериода и начало второго полное вытеснение из преподавания хирургии иностранных языков и окончательный переход на преподавание на русском языке. Этот факт оффициально осуществился в 1795 г., при издании „предварительного постановления о должностях учащих и учащихся". В этом акте говорится так: „профессор должен знать совершенно русский язык для точного и вразумительного выражения своих на оном мыслей при преподавании учения; в случае же необходимости, когда такового отыскать будет невозможно, допускается знающий основательно латинский язык, на котором обязан будет преподавать через три года, в продолжении которых должен изучиться российскому языку" (*Чистович*, стр. 387). Фактически вскоре после открытия Медико-Хирургической Академии в С.-Петербурге

профессору Бушу пришлось читать на немецком языке отдельный курс для учеников, переведенных из Калинкинского медико-хирургического училища, за закрытием последнего.

Думаю, что с исторической точки зрения 1764 г., как момент признания равноправия русского языка, как момент введения его в преподавание, важнее даты 1795 г., которая может считаться лишь завершением выигранного исторически положения.

Приведенными сейчас фактами я обосновал деление первого периода на две части. Теперь постараюсь привести доказательства правильности деления второго периода. Lister изменил всю физиономию оперативного лечения заболеваний, дал, с точки зрения даже начала 19-го столетия, совершенно невероятный толчек развитию хирургии, открыл неосуществимые, с точки зрения хирургов даже средины 19-го столетия, возможности. На русской хирургии учение Lister'а отразилось также плодотворно, как и на всемирной. Об антисептике Lister'а хирурги в России сильно заговорили в начале 70-х годов 19-го столетия. На первом научном заседании старейшего хирург. общества в Москве (4-го декабря, 1873 г.) д-р Костарев сделал сообщение о „различных способах перевязки ран"; в прениях по поводу этого сообщения 26-го февраля 1874 г. Костарев, подводя итоги своих наблюдений, приходит к выводу, что „следует признать только два метода лечения ран: а) метод лечения без перевязки (с лечением под струпом, как вариант), б) метод дезинфецирующей перевязки Листера". „На основании санитарных, экономических и административных удобств в больницах за общее правило должен быть принят метод лечения без перевязки, как единственно вполне и повсюду применимый". „Второй метод или методическая дезинфецирующая перевязка может быть допускаема пока только в следующих случаях: а) в ранах, проникающих в глубокие полости нормальные или патологи-

ческие: б) в некоторых случаях сложных переломов; в) там, где появившееся уже осложнение указывает на присутствие заразы: г) при буйном бреде (если нельзя покрыть струпом) и при умышленном раздражении раны самим больным (в военных госпиталях), где употребляется закрытая неподвижная повязка" (*Летопись хирург. общества в Москве, 1876 г.*, стр. 84).

Приведенная выдержка свидетельствует, что способ Lister'а энергично обсуждался русскими хирургами в начале 70-х годов 19-го столетия. Костарев даже конкурировал с Lister'ом, считая, что открытый способ лечения выше антисептического. „Я позволю себе", говорил Костарев: „предложить обществу теперь же принять и ввести в употребление в больницах открытый способ лечения ран. Прибавлю только одно, что вопрос в настоящее время так ясен для меня и будущность предлагаемого способа так несомненна, что можно наверное сказать, что если мы теперь (и первые в Европе) не примем этого способа лечения за общее правило, то через каких нибудь два-три года (много через пять лет) нас заставят принять его. Нельзя сомневаться в том, что те, которые примут его, будут впереди; а которые не захотят принять, останутся позади" (стр. 83).

Хирургия, в том числе и московская, пошла за Lister'ом, а не за Костаревым. Тем не менее антисептика Lister'а горячо обсуждалась и прививалась. Как раз, казалось бы, начало 70-х годов прошлого столетия можно было бы считать гранью между первым и вторым подпериодами второго периода истории русской хирургии. Я же эту границу отодвигаю на несколько лет дальше и за нее считаю 1877—78 годы. Причина для этого следующая.

1877-78 годы—это время войны России с Турцией. Во время этой войны впервые во всем мире—на полях сражения к лечению раненых начала приме-

няться русскими профессорами и хирургами антисептика Lister'а. Пионерами в деле применения антисептики в хирургию войны были: проф. Бергман, проф. Коломнин, д-р Рейер и некоторые другие. Это такой громадности важный факт, даже для истории мировой хирургии войны, что он должен быть отмечен в истории русской хирургии. Сам Пирогов, присмотревшись в антисептике Lister'а в применении к раненым — о чем я буду еще говорить подробно — пришел к заключению, что этот метод лечения поставил „полевую" хирургию на распутьи: или продолжать выжидательно-сберегательный способ лечения или, пользуясь листеровской антисептикой, перейти к активной оперативной помощи раненым.

Если критерием для разделения истории русской хирургии я выбираю особенно яркие моменты ее освобождения от иностранного влияния и проявления ее самостоятельности, то, думаю, введение антисептики в практику хирургии войны есть один из наиболее исторически крупных моментов самостоятельного использования нового способа лечения в условиях, при которых способ этот еще никем и никогда не применялся.

Возникновение в 1873 году первого русского хирургического общества в Москве, конечно, имеет свое большое значение, но я нисколько не сомневаюсь, что применение антисептики во время войны и применение ее впервые во всем мире для истории русской хирургии имеет большее значение, чем даже возникновение в Москве первого хирургического общества.

Я выше говорил, что второй период истории русской хирургии, т. е. период, начиная с Пирогова, делю на три подпериода. Первый из них продолжается с 1836 (год получения Пироговым кафедры в Дерпте) по 1877 78 г. Второй подпериод,

следовательно, начинается с 1878 г. и кончается, как я постараюсь это сейчас обосновать, в 1914 г. Третий подпериод, значит, мы переживаем сейчас. Конечно, возникает сейчас же вопрос о том, правильно ли я принимаю 1914 год, как дату, способную отделить один подпериод от другого. На этот важный вопрос я имею ряд соображений. которые и изложу сейчас.

ГЛАВА IV.

Значение 1914—17 годов.

Хирургия пересажена, привита России с Запада. Сначала эта прививка производилась приезжавшими докторами и лекарями (под лекарями понимались хирурги). Как мы видели, в начале 18-го столетия появились в России свои школы для преподавания медицины вообще, хирургии в частности. В конце 18-го столетия преподавание начало вестись на русском языке, появились свои доктора медицины. В первой половине 19-го столетия засиял Пирогов, поставивший себя и вместе с собой русскую хирургию на вполне самостоятельное место. В конце 19-го столетия русская хирургия вводит листеровскую антисептику для лечения раненых на войне. В 19-ом столетии появляются свои хирургические общества, которые увенчиваются съездами хирургов; возникают хирургические журналы.

Все это так. И тем не менее влияние запада на русскую хирургию продолжалось непрерывно. Нужно сказать правду, что особенно сильное влияние на русскую хирургию оказывала германская хирургия. Влияние на русскую медицинскую науку вообще, на хирургию в частности, европейской науки и европейской хирургии, особенно германской, поддерживалось регулярной посылкой молодых хирургов для, так сказать, доучивания за-границу. 1914-ый год такую посылку, такие командировки молодых ученых, подготовляющихся хирургов, сразу как ножем обрезал. 1914 год сразу прекратил научные,

между прочим хирургические, связи особенно с Германией. Октябрьская революция временно совершенно изолировала русскую хирургию даже от влияния всяких хирургических заграничных журналов. Но, в сущности, с 1914 г. русская хирургия была предоставлена самой себе, ибо связи с другими европейскими странами, даже находящимися в союзе с Россией (Франция, Англия), связи хирургического характера, почти прекратились.

Какое значение будут иметь приведенные факты на ход истории русской хирургии, как они пока отразились на последней—это вопросы другие, вопросы, части которых мне придется коснуться в будущем. Пока же я остановлю внимание на прекращении научных хирургических командировок в Европу и, пользуясь случаем, изложу краткую историю таких командировок. Прежде, однако, замечу, что такое прекращение общения, такое прекращение влияния не может не обратить на себя внимания, как исторически важный факт. Произведен исторический экзамен самостоятельности русской хирургии. Этот исторический экзамен я не могу не считать гранью между двумя подпериодами второго периода русской хирургии.

Чтобы изложить историю посылки русских врачей за-границу для „усовершенствования“ термин, которым пользовались до начала 20-го столетия, надо обратиться к истории *Рихтера*. Дело обстояло так:

„Олеарий говорит, что царские придворные врачи жили весьма пышно, занимали каменные дома, и вообще в торжественные дни получали разные знаки благоволения. Докторский титул в древние времена служил здесь (в России) очень важным отличием, и самые даже царские придворные врачи при своем прибытии имели надобность в весьма важных свидетельствах, дабы надлежащим образом быть утвержденными в сем качестве. По поводу такого всеоб-

щего отличия многие придворные дворяне и чиновники Посольского Приказа, как напр. Посников и Волков. просили царя, отправить сыновей их в чужие края учиться медицине. Они оба получили щедрое подкрепление и почетный отпуск. при особых одобрительных письмах ко всем иностранным державам. Сии люди с охотою понесли как неприятности долговременного путешествия. так и тягость многотрудного упражнения в этой науке, и наконец возвратились в отечество, украшенные медицинскою докторскою степенью от Падуанской Академии. Многие из знатнейших царских придворных врачей, как то Валентин, Билс. Розенбург и Блюментрост, с монаршего позволения, посылали с таким же намерением в чужие края сыновей своих, которые все приезжали обратно докторами медицины"... (*часть* I, стр. 328).

„А в первой половине сего (17-го века) начали цари и природных россиян, либо таких молодых иностранцев, коих отцы с давнего уже времени здесь поселились, отчасти на своем иждивении посылать в чужие края и именно в Англию, Голландию и Германию для обучения врачебной науке" (стр. 335).

Таким образом, оказывается, что с 17-го столетия начинаются заграничные командировки, но первоначально, как понятно, для обучения медицине. Своих школ в России для изучения медицины еще не существовало. „Правление царей Михаила Федоровича, Алексея Михайловича и Петра Великого представляет много таковых примеров" (стр. 335), говорит *Рихтер.* На протяжении первых двух третей 18-го столетия также встречаются отдельные посылки врачей для усовершенствования за-границу, но систематические посылки врачей, „лекарей", для усовершенствования введены были Кондоиди. Он в 1781 г. „вошел с представлением в сенат о разрешении отпускать за море для обучения медицинским наукам, по мере надобности и на казенный счет, всех тех лекарей, которые признаны будут того достойными, а равно и всех тех молодых людей, которые пожелают ехать туда учиться на собственном коште. Сенат утвердил это представление

с тем, чтобы посылаемым за границу лекарям дана была специальная инструкция и чтобы они в бытность за границею находились под личным надзором русских министров или резидентов, от которых и получали бы третям назначенное им жалованье" (стр. 314)... „Таким образом установлена была систематическая посылка молодых лекарей в иностранные университеты для усовершенствования, продолжавшаяся до воцарения Павла и до французской революции" (стр. 315).

Приводить сейчас точные данные о посылке за границу в промежуток времени между 1798 и 1827 г. я не берусь, да это и не так важно. В 1827 г. заграничные командировки были возобновлены, был организован так называемый профессорский институт, в который сразу попал П и р о г о в. Об этом институте и особенно о том, как попал туда Пирогов, стоит послушать самого Пирогова.

„Наконец наступил и 1827-ый год, принесший нам на свет высочайше утвержденный проект академика Паррота. Первое сообщение, более метафорическое, чем оффициальное, мы услышали на лекции Мудрова. Приехав однажды ранее обыкновенного на лекцию, М. Я. Мудров вдруг, ни с того, ни с сего, начинает нам повествовать о пользе и удовольствии от путешествий по Европе, описывает восхождение на ледники альпийских гор, рассказывает о бытье—житье в Германии, и Франции, о пуховиках, употребляемых вместо одеял немцами, и проч., и проч. Что за притча такая? думаем мы, ума не приложим, к чему все это клонится? И только к концу лекции, проговорив целый час, М. Я. Мудров объявляет, что по высочайшей воле призываются желающие из учащихся в русских университетах отправиться, для дальнейшего образования, за границу.

Я как то рассеянно прослушал это первое извещение.

Потом я где то, кажется, на репетиции, приглашаюсь уже прямо Мухиным.—Опять Е. О. Мухин.

—„Вот поехал бы, приглашаются только одни русские; надо пользоваться случаем".

— Да я согласен, Ефрем Осипович,—бухнул я, нисколько не думая и не размышляя...— „Выбери предмет занятий, какую нибудь науку“, говорит Е. О. Мухин.

- Да я, разумеется, по медицине, Ефрем Осипович.

— „Нет, так нельзя; требуется непременно объявить, которою из медицинских наук желаешь исключительно заняться“—настаивает Ефрем Осипович.

Я, не долго думая, да и брякнул так:— физиологиею...

— „Нет, физиологию нельзя; выбери что нибудь другое“.

— Так позвольте подумать.

„Хорошо, до завтра; тогда мы тебя и запишем“.

...наконец, кое-что узнаю и решаюсь: так как физиологию мне не позволили выбрать, а другая наука, основанная на анатомии, по моему мнению, есть одна хирургия, я и выбираю ее. А почему не самую анатомию? А вот, поди, узнай у самого себя—почему? Наверно не знаю, но мне сдается, что где то издалека, какой то внутренний голос подсказал тут хирургию. Кроме анатомии, есть еще и жизнь,—и, выбрав хирургию, будешь иметь дело не с одним трупом“... „В этот же день я явился в управление, нашел там Е. О. Мухина (декана), объявил ему мой выбор и тотчас же был им подвергнут предварительнему испытанию, из которого я узнал положительно, что цель отправления нас за границу есть приготовление к профессорской деятельности“... „Тотчас же мое имя было внесено в список желающих, т. е. будущих членов профессорского института“. (*Вопросы жизни*, стр. 320—323).

Дальнейшая история заграничной командировки опять таки рассказана самим Пироговым. Чтобы не слишком затягивать дела, воспользуюсь на этот раз краткой автобиографией, изложенной в письме на имя Бертенсона в 1880 г.

„Вступление в профессорский институт, в 1827—28 годах, лекарем—17 лет. Защищение докторской диссертации в 1833 г., после 5-ти летнего пребывания не по своей вине в Дерпте; послан был туда толь-

ко на 2 года с тем, чтобы приготовиться для отправления заграницу; но французская же июльская революция замедлила это отправление на 3 года. из них 2 зачислены в службу“ (стр. 13).

Попав в профессорский институт и побывав за границей в начале своей научной деятельности, Пирогов в конце 50-х годов едет за границу в качестве уже руководителя профессорским институтом.

Если существовал с некоторыми перерывами „профессорский институт“ при министерстве народного просвещения, то подобный же институт, более мощный, более постоянный, был организован при медико-хирургической академии с самого начала появления ее на свет. Целый ряд молодых врачей, окончивших медико-хирургическую академию, отправлялся за границу и, по возвращении оттуда, через более или менее короткий промежуток времени, занимал кафедры, между прочим хирургические.

Таким образом, оказывается несомненным, что профессорский институт или усовершенствование в заграничной командировке имело огромное влияние на ход развития хирургии в России. Молодые хирурги привозили последние новости европейской хирургии и прививали их у себя. Будет, думаю, правильным признать, что заграничные командировки особенно способствовали русской хирургии так быстро развиваться, как она развивалась. С другой стороны, эти командировки ставили русскую хирургию в некоторую зависимость от заграничной, способствуя подражательному ее направлению. Совершенно естественно, что молодой человек, навидавшийся за границей у целого ряда корифеев хирургии самых последних новинок, так ими заинтересовывался и увлекался, что, приехав домой, едва находил время все их осуществить. При таком положении вещей, русская хирургия могла стать исключительно подражательной, исключительно заимствованной, совершенно подчиненной хирургии иностранной.

К чести русских хирургов нужно сказать, что этого то и не произошло. Многое заимствуя из запада, русская хирургия не потеряла своей головы и сама внесла довольно много оригинального в западную, даже в мировую хирургию, о чем речь пойдет ниже.

Исторически оказывается, что и в прежнее время бывали перерывы в заграничных командировках. Эти перерывы вызывались крупными политическими событиями: то революциями, то войнами. Потому мне могут возразить, что принятая мною дата—1914 г.— как граница между вторым и третьим подпериодами второго периода истории русской хирургии—неправильна, что перерыв в заграничных командировках, начавшийся с 1914 г., представляет собой лишь повторение случавшихся и прежде перерывов.

Такое возражение считаю очень серьезным. Может быть, на самом деле я ошибаюсь. В таком случае будущим историкам легко будет слить мои два последние подпериода. Однако, в оправдание принятого мною деления не могу не привести некоторых соображений.

До войны и до революции русская хирургия была в состоянии вырабатывать крупных представителей хирургических кафедр и практической хирургии без заграничных командировок для усовершенствования. Среди таких хирургов назову имена Боброва А. А.—профессора сначала оперативной хирургии, а затем факультетской хирургической клиники в московском университете (1850—1905 г.); П. И. Дьяконова —сначала профессора оперативной хирургии, а затем госпитальной хирургической клиники того же университета; Н. А. Вельяминова—профессора академической хирургической клиники в военно-медицинской академии (1855—1920); А. А. Троянова—заведывавшего хирургическим отделением Обуховской больницы и создавшего целую хирургическую школу. Приведенных имен достаточно, чтобы подтвердить сказанное.

Упомянутые мною хирурги хирургически зародились, развились, выросли, расцвели, возмужали и умерли до войны и революции. Только один Вельяминов среди них пережил и войну и революцию.

Всемирная война и особенно октябрьская революция так потрясли между прочим и мир хирургов в России, что научно-практическое дело, казалось временами, может заглохнуть.

Между тем получился совершенно обратный результат: несмотря на чрезвычайные трудности научной и практической работы, научно-практическая работа хирургов, по крайней мере в Петрограде, не только не заглохла, а энергично пошла вперед и совсем самостоятельными путями. Такого обилия докладов и заседаний в русском хирургическом обществе Пирогова, какой наблюдался за 1920—22 годы, история хирургических обществ в России не знает: „в 80-х годах 19-го столетия общество имело в среднем по 8—9 заседаний в год, считая годичные, торжественные и экстренные; в девяностых годах было в среднем по 11—12 заседаний, а в 1900-х годах по 13 и 14 и более заседаний" (*Петров. Очерк деятельности русского хирургического общества Пирогова за 25 лет. 1907 г.*). В 1922 г. количество заседаний достигло 35 в год. Разница очень большая.

Мировая война и революция в России такие два крупных исторических факта, которых Россия еще не переживала, которые не могут не отразиться на всей будущей истории России, как частность на развитии русской хирургии. Как пойдет дело дальше, я сказать не берусь, да в историческом сочинении и нельзя заниматься предсказаниями, ставить прогноз будущего. Мое дело, как историка, отметить прежде всего крупнейшие исторические факты, которые не могут не отразиться на истории отдельной отрасли знания —хирургии, показать и доказать, что пока русская хирургия идет после потрясений самостоятельно и быстро вперед, несмотря на разобщенность с за-

падом, несмотря на полное прекращение заграничных командировок молодых хирургов для усовершенствования. Из сопоставления же всех этих фактов я могу придти к заключению, что даты 1914—17 годов на самом деле правильны, чтобы считать их границей между подпериодами истории русской хирургии: та самостоятельность в выработке солидных и крупных хирургов, которая проявлялась и до последней войны, и до революции, вполне объясняет факт продолжающегося энергичного развития русской хирургии, не взирая на изолированность.

ГЛАВА V.

От начала преподавания до первого профессора хирургии.

Первый период русской медицины и русской хирургии открывается основанием в Москве госпиталя и при нем медико-хирургической школы. И тот, и другая возглавляются доктором медицины Николаем Бидлоо. Первоначально предположено набрать учащихся из детей иностранцев. Однако, жизнь заставила искать иного выхода, а именно набирать учеников из русских. Так как громадное число русской молодежи было безграмотно, во всяком случае не знало латинского языка, а учителя с учениками могли объясняться только по-латински, ибо учителя не понимали русского языка, а ученики ни голландского, ни немецкого, то выход был найден в привлечении в школы учеников из славяно-греко-латинских школ.

„Обучение хирургии, т. е. производству хирургических операций, лежало преимущественно на самом Бидлоо, а обучение десмургии или „учреждению бандажей“ — на помощнике его, лекаре“. „Хирургические операции производились и на живых людях, в госпитале, и на трупах в анатомическом театре. Последние *производились* большею частью лекарем, в виде репетиций, „для натвержения учащихся“. Через это получалась возможность показать ученикам не только обыденные малые операции, но и все те, которые должны были входить в курс хирургии. Обучение накладыванию повязок производилось не только на

людях, но и на фантомах, на что не совсем уместно жаловался де-Тейльс. Нет сомнения, что производству операции предшествовало разъяснение болезни, постановление хирургических показаний и затем уже объяснялась хирургическая техника. Между операциями стоит упомянуть о черепосверлении (trepanatio cranii), производившемся в те времена повидимому гораздо чаще, чем в наше время, как можно судить по тому, что в течение почти всего прошлого столетия трепанация стояла всегда на первом плане между экзаменными хирургическими вопросами" (*Чистович*, стр. 53).

Отсюда видно, что преподавание в „школе" сразу было поставлено на практическую ногу. Однако, недостаточность больных—„в иные годы состояло их в госпитале 25 - 50 человек, да и те с однообразными и большею частью застарелыми болезнями",—„крайняя бедность в учебных пособиях" значительно затрудняли приготовление лекарей.

„Единственным источником знаний для учеников были продиктованные им лекции („лекционы"); но для записывания и переписывания их нужна была бумага, а она была так дорога, так мало распространена в торговле, что приобретение ее покупкою было обременительно для частных лиц и тем более для небогатых учеников госпитальной школы"... „Карандашей тогда еще не было, а они заменялись свинцовыми палочками, вытянутыми из расплющенной дроби. Гусиные перья для письма ученики собирали сами каждое лето (после Успеньева дня) по берегам московских прудов и речек, где разгуливали целые стада линяющих гусей" (*Чистович*, стр. 56).

Ясно, что учение не могло не идти медленно. Процесс обучения лечению больных при Бидлоо не может быть восстановлен, за отсутствием на этот счет исторических документов. За то *Чистович* цитирует описание этого обучения самим де-Тейльсом, преемником Бидлоо.

„Как он, де-Тейльс, взойдет в гошпиталь к болящим, следуют за ним оба лекаря, аптекарь и подмастерье, а потом все ученики, и каждого болящего сам надсматривает и предлагает всякие рассуждения о состоянии оной болезни... а лежащих в ранах, над оными по разности ран и места, бандажи (т. е. перевязки) учредить обоим лекарям приказывает, и ежели которая рана сечению повинна, при себе учинить над самими больными, а не над бесчувственными чучелами, для лучшего обучения учеников“ (*Чистович*, стр. 50). Одним словом, де-Тейльс производил то, что на современном языке называется клиническими обходами, с производством перевязок и операций во время обходов. Производство перевязок в палатах во время обходов практиковалось во Франции еще в начале 20-го столетия и практикуется, вероятно, до сих пор.

Учение продолжалось от 5 до 7 и до 10 лет. Бидлоо добивался того, чтобы кончающие лекаря „искусны учинены были“ (стр. 59), т. е. чтобы они на самом деле знали то, чему их в школе учили. По заключению Бидлоо, ученики „во время от 4 до 5 лет толико по анатомии и хирургии обыкли, что я лучших из сих студентов вашего царского величества священной особе, или лучшим господам рекомендовать не стыжусь, ибо они не токмо имеют знание одной или другой болезни, которая на теле приключается и к чину хирурга надлежит, но и генеральное искусство о всех тех болезнях от главы даже до ног с подлинным обучением, как их лечить, také они приключающиеся язвы завязывати и ко оным завязывание сочинять, где повседневно от ста до двусот больных суть, зело поспешно научилися“ (стр. 60).

Нельзя не сказать, что постановка учения, несмотря на бедность, была правильная, что стремление доучить каждого студента, индивидуально его приготовить, не щадя времени, представляет собой инте-

ресный педагогический прием, который давно по ряду причин не осуществляется.

Растущие потребности государства вызывали нужду все в большем и большем количестве своих лекарей. Идея об учреждении новых училищ родилась еще при Петре I-ом у д-ра Блюментроста; осуществлена в 1733 г. архиятером Ригером утверждением штата спб. сухопутного госпиталя, названного „генеральным сухопутным госпиталем". „В то же время учреждены медико-хирургические школы при госпиталях сухопутном и адмиралтейском (морском) в С.-Петербурге... в каждом на 20 учеников и 10 подлекарей" (стр. 85). Такая же школа организована при Кронштадтском госпитале. В петербургских и кронштадтской школах „в первые 20 лет не было почти ни одного ученика с русской фамилией. Ученики обоих петербургских и кронштадтской школ комплектовались почти исключительно иностранцами" (стр. 220). В Москве преподавание шло как мы видели—на латинском языке; в петербургских и кронштадтской школах, рядом с латинским, фигурировало преподавание на немецком языке. С упомянутыми сейчас школами повторилась та же история, которую пережила московская школа: количество учеников-иностранцев было невелико, качество не совсем удовлетворительно. Потому 6-го февраля 1754 г. П. З. Кондоиди, „один из величайших организаторов медицинских учреждений и медицинского образования в России" (стр. 227) обратился в св. синод „с просьбою распубликовать по семинариям, не желает ли кто из воспитанников их поступить в учение в казенных госпиталях и аптеках медико-хирургии и фармации" (стр. 289). Желающие нашлись в большом количестве. Таким образом и здесь, как в Москве, большая часть обучающихся медицине оказалась русскими и преимущественно лицами из духовного сословия. Этот факт имеет большое историческое значение закрепления за русскими прав на медицинское образование, как

доказательство интереса к медицине среди прирожденных русских.

„Бидлоо был не только анатом, но и знаменитый хирург. В госпитале он сам делал все хирургические операции, особенно более или менее важные, и только маловажные поручал своим помощникам, лекарям. Де-Тейльс был не в таком положении. Сам он не занимался хирургиею, а может быть и не умел сделать большой операции, тем более что по прежней должности и не имел случая упражняться в этом искусстве. Поэтому он приказывал делать операции помощникам своим“ (стр. 264).

Интересно, что в рассматриваемое нами время рядом со старшими и младшими докторами в госпиталях существовали операторы, т. е. лекаря, производившие хирургические операции и обучавшие анатомии. Анатомия и хирургия идут рука об руку с самого возникновения медицинских школ в России. Излагать историю всех операторов я не вижу причин. Должен лишь заметить, на основании данных *Чистовича*, что московской школе долго не везло на оператора, тогда как спб. госпитали имели среди них выдающихся представителей. В этом отношении достоин быть отмеченным фон Меллен.

„В сентябре 1735 г. принят в русскую службу и определен в спб. генеральный госпиталь иностранный лекарь Яков фон Меллен (Jacob Cristoph von Mellen), с жалованием 180 р. в год. Это был трудолюбивый и деятельный голландец, до увлечения любивший анатомию и отдававший весь свой труд и все свое время исключительно анатомическим занятиям. При поступлении в госпиталь, он добровольно принял на себя обязанности прозектора, но отказался от всяких других госпитальных занятий. Оказывалось однако, что он наготовлял больше препаратов, чем сколько было нужно для преподавания оператора Гюйона, и молодой лекарь-прозектор незаметным образом сам делается истолкователем приготовленных препаратов и учителем. Доктор Энгеллерт (старший доктор) справедливо ценил и трудолюбие

фон Меллена и приносимую им пользу школе и исходатайствовал ему звание учителя госпитальной школы (chirurgus informator), не существовавшее ни в каком другом госпитале"... 19-го мая 1738 г. фон Меллен утвержден в должности оператора госпиталя. „И спустя 24 года преподавательской службы произведен он (31-го декабря 1758 г.) в штаб-лекари, с рангом капитан-поручика, и на старости лет дожил (1762 г.) до счастья исполнять обязанности прозектора для родного сына своего, Христиана Яковлевича фон Меллена, поступившего младшим доктором и учителем (доцентом) в тот же госпиталь, где старый отец учил его первым понятиям об анатомии" (*Чистович*, стр. 179).

Хотя бы из истории жизни фон Меллена, да и из других фактов, все более и более выясняется, что в России хирургия развивалась нераздельно от анатомии, что анатомическое направление в хирургии, верно взятое с самого начала Бидлоо, пустило глубокие корни.

Что это действительно так, показывает знаменитая инструкция, написанная Кондоиди, подписанная графом Лестоком и адресованная первому профессору хирургии в России—Ив. Шрейберу. Фигура первого профессора хирургии Шрейбера—до такой степени важна, что я позволю себе целиком привести большую часть данных о Шрейбере из книги *Чистовича*, а затем приведу оттуда же „инструкцию", отлично характеризующую преподавание хирургии в 40-х года 18-го столетия. Напомню только, что на медицинском факультете Парижского университета профессор хирургии появился в 1634 г., т. е. ровно на 100 лет раньше, чем в России (1742 г.). Меньше, чем в полстолетия хирургия в России шагнула так вперед, что начала, по некоторым признакам, догонять Европу.

Итак, перейдем к изучению интересной фигуры проф. Шрейбера.

„В это время (в начале 40-х годов) в русской службе состоял доктор Ив. Шрейбер (Johann Fried-

rich Schreiber), родом пруссак, отличавшийся с одной стороны талантом, знаниями и уверенностью учителя, и с другой стороны высокомерием, гордостью и неуживчивостью раздражительного и капризного человека. Он принят на русскую службу в 1731 г., по капитуляции на 5 лет, с тем однакоже, что по истечении этого срока избавлен будет от дальнейшей походной жизни. Между тем прослужил 10 лет, притом в самых высших должностях (напр. генерал-штаб-доктора), и значение его все-таки не определилось. Его призвание было -профессура, а не администрация, об которой он не заботился, да никогда и понятия не имел. Первый понял и оценил его д-р П. З. Кондоиди, когда вступил в должность помощника при Лестоке, и это одна из самых важных заслуг его, потому что шрейберово преподавание и личный авторитет в течение двадцати лет далеко подвинули госпитальные школы и указали путь наиболее верного успеха их. Указом медиц. канцелярии (Лестока) 1742 г. доктор Иог. Шрейбер, только что устроившийся штадт-физиком в Москве, назначен был „для обучения в спб. госпиталях учеников и подлекарей анатомии и хирургии" с жалованьем по 800 р., и этот высокомерный и вспыльчивый человек принимает новое назначение с такою готовностью, как будто это награда за долгую и славную его службу. А три месяца спустя, приехав в Петербург и с боя завоевав себе казенную квартиру на Аптекарском острове (откуда буквально выгнал доктора Сигезбека) требует, чтобы ему приносили жалованье на квартиру с книгою для росписки в получении. В то же самое время, в другой бумаге, он пишет, что „важные науки принужден ребятам читать, которых лекари присылают к нему яко слушателей, а за день их лозами секли, ибо состояние учения его, которое следует к произведению основательных и искусных лекарей, с таким ребячьим и холопским наказанием общество не имеет, которое у молодых людей отымает любовь к чести, что ему непристойно" (30 сент., 1742) (стр. 158).

„При определении на службу чисто учебную д-р Иог. Шрейбер получил титул „доктора и профессора" и очень дорожил этим последним званием. А как это звание было очень ново в России, то Шрейберу дана была особая инструкция, а вместе с тем дано было право читать ученикам и подлекарям при-

ватные уроки, с увольнением последних на это время от госпитальных обязанностей. С тем вместе госпитальному оператору Я. фон Меллену приказано препаровать для него и быть под его непосредственным начальством и повиновением, а еслиб Шрейбер пожелал иметь в госпитале несколько больных, то дать ему, сколько хочет, и при производстве операций советоваться с ним. Преподавал он в обоих петербургских госпиталях".

„В дисциплинарном отношении профессор Шрейбер стоял в довольно исключительном положении — наравне с старшими докторами и не зависимо от них и выше всех остальных медицинских чинов госпиталя. Заняв это положение, Шрейбер не вспоминал уже о своей родине и умер в С.-Петербурге 28-го января 1760 г." (стр. 160).

Познакомившись с личностью первого профессора хирургии в России, теперь обратимся к инструкции, которая регулировала его деятельность. Инструкция подписана 5-го октября 1742 г., Шрейбер приехал в Петербург 7-го апреля 1742 г. Между двумя фактами прошло пол года. *Чистович* говорит, что инструкция написана Кондоиди. Нисколько в этом не сомневаюсь. Полагаю, однако, что она составлена не без участия Шрейбера, ибо Кондоиди сам хлопотал за Шрейбера, относился к нему с большим уважением, выхлопотал ему звание „профессора". Не могу себе представить, чтобы такой блестящий организатор, каким был Кондоиди, не посоветовался с „профессором" касательно инструкции, которая для этого то профессора и писалась. Трудно думать иначе. Раз же это так, то в инструкции мы найдем и отражение вообще постановки дела преподавания хирургии, обработанное и для будущего такими двумя лицами, как Кондоиди и Шрейбер.

Вот эта инструкция:

„профессору хирургии в обоих с.-петербургских госпиталях доктору Шрейберу.

При учреждаемой хирургической школе есть для пользы Е. И. В. сие намерение знатнейшее, дабы

при Е. И. В. армии, как на сухом пути, так и на воде иметь искусных лекарей, которые бы не токмо разумели хирургию. но при том были бы обучены лечить те болезни, которые обыкновенно между солдатами и морскими людьми случаются и коим они подвержены.

На оном основании профессор хирургии обязан употреблять все способы, дабы оное намерение подкрепить: чего ради ему не токмо учеников и подлекарей обоих госпиталей наставлять, но и смотреть, чтоб были прилежны и доброго поведения, и в том может увериться всяким помоществованием от медицинской канцелярии.

Егдаже об искустве и знании сего профессора известно с удостоверением, то без сомнения можно надеяться, что он со всякою надлежащею верностью будет наставлять учеников и подлекарей обоих госпиталей, дабы оных учинить искусными лекарями. Точию к тому требуется порядку методического учения, дабы учащиеся то, что им толкуется, могли хорошо понимать и разуметь: того ради профессору при своих наставлениях взять в рассуждение понятие его слушателей и их способность к учению, и так наипаче на то смотреть, чтобы учащиеся получали понятие о частях человеческого тела, о медикаментах и хирургических инструментах больше очным опознанием, нежели трудно понимаемым описанием. Того ради полезно будет, чтобы он в своих лекциях упоминаемые тела человеческого части на скелете показывал и потом надобное изъяснял; такожь чтобы потребные к излечению на таких частях случающихся болезней медикаменты и хирургические инструменты положил на показ со изъяснением; понеже таким образом с большею пользою можно надеяться, нежели основательнейшими описаниями, которые об науках можно изображать.

И следовательно профессору хирургии поступать по следующим регулам:

1.

Ему быть обязану обоих помянутых госпиталей учеников и подлекарей наставлять ежедневно по 2 часа и в наставлениях учить materiam medicam, как и chirurgiam theoretice et practice. Лучший способ, коим можно понять хирургию теоретическую

и практическую, есть, когда профессор хирургии то, что он в своих лекциях намерен предложить, оное жь скажет для записания и к тому употребит четверть или пол часа и потом тотчас диктованное истолкует, чем и недостаток хирургических книг и авторов дополняется.

2.

Понеже хирургия безпорно не что иное, как медицинская наука о наружных болезнях, и равномерно ж медицина не что иное, как хирургическая наука о внутренних болезнях, и вообще сказать обоего роду болезни имеют те же начала и одне причины в основании, того ради за оными разными причинами небезполезно будет, ежели профессор хирургии последует тому порядку учения, который Бургав в своих афоризмах наблюдал, в которых он купно о внутренних и наружных болезнях писал. Например, когда он говорит de inflammatione, abscessu, scirrho, gangraena, ætheromata, steatomata, erysipelas, sphacelus, которые приключаются на наружных частях, то он купноже толкует о начальных причинах и распознавании горячек с их symptomata, об abscessus interni, каковы phtisis et abscessus splenicus et renum: gangræna interna, carbunculi с их симптомами, хронические болезни: febres intermitentes, hydrops, scorbutus, которые болезни уже обе замечаются и разумеются в числе тех болезней, которые лекарям надлежит знать: из чего явствует, что способом такова порядку в учении профессору облегчится труд и учащимся от того учение бывает полезнее.

3.

Что касается анатомии, то оной в надлежащее время обучать на мертвых телах; таким образом профессору хирургии иметь прозектора, которому по приказу профессорскому учинить sectiones, точию профессор должен оному всегда объявлять за 24 часа вперед, чтоб те части, о которых он, профессор, намерен читать лекцию, приуготовлять. А профессору самому о том наблюдать такой порядок учения: например, учинивши демонстрацию de scroto и после оного, ему купноже показывать, каким болезням сия

часть тела подвержена и сколько операций обыкновенным образом притом делается, и таким же образом поступать в рассуждении прочих частей тела человеческого. В наставление тому может ему служить Палфинова анатомия (Palfin's Anatomie).

4.

Когда об анатомии и ее частях будет толковаться, тогда не надлежит точно переставать по изшествии двух часов, ибо в иную пору, нужда требует, чтоб продолжать чрез четыре рядом следующие часа, ежели по надлежащему и совершенно зачатую материю к концу привесть. И тако профессор обязан смотреть больше на пользу, которую учащиеся могут иметь, нежели чтоб токмо ежедневно исправлять назначенное двучасовое учение.

5.

Операции с начала только производить на мертвых телах, дабы учащиеся научиться, каким образом оные учинить, и потом ежели к тому случай будет, делать операции и на живых и наставлять учащихся, какие при том symptomata могут приключаться и что надлежит делать пока совершенное выздоровление воспоследует. Сего ради профессору у него под командою состоящего оператора за месяц вперед уведомить, что он имеет намерение пройти об операциях целый cursus, а когда то время придет, и он будет возъиметь намерение сделать начало, то ему объявлять оператору за 24 часа вперед, чтоб он держал в готовности все то, что к предпринимаемой операции потребно. Например ежели быть операции paracentesis или trepanatio, то оператор должен приказать, чтобы к тому времени все инструменты, cauteres, бандажи, плюмассо, корпия и suffumigationes были готовы и все в таком состоянии надлежит быть, якобы операция имела производиться на самом живом. Когда операция зачата оператором, то профессору толковать, коликими образами такая операция может учиниться и при том ему объявлять препятствия структуры, различия, недостаток и доброту инструментов, какожде и действия тех медикаментов и каким образом употреблять такие медикаменты, которые во время операции и как скоро она

окончена потребны, дабы symptomata, которые так долго, пока рубец или смерть воспоследует, бывают, отвратить и оные вылечить. Сего ради сделать деревянных составных корпусов человечьих, к которым как бандажи прикладывать показать оператору, а профессору хирургии толковать употребление оных бандажей. Ежели же случится, что на живых людях надобно будет предприять операцию, то профессор должен будет учащимся при оной операции примечаемое показывать и толковать, и ему всегда с своими учениками быть при перевязках и приказывать то делать, что к лечению рассудить полезно. Понеже медики обоих госпиталей по указу, который им дан будет, будут обязаны давать всякую свободу и чинить всякое помоществование профессору хирургии, ежели он для лучшего наставления учащихся некоторых больных лечить заблагорассудит.

6.

Профессору же хирургии показывать в саду растущие оффициальные травы, когда время года то допускает; а ежели по досугу свободно может сделаться, то и толковать композиции, порции и действия тех медикаментов, кои по ординарному каталогу в полковые ящики и про адмиралтейство отпускаются.

7.

Все те части, о которых упомянуто, а именно theoria et praxis в хирургии, анатомии и хирургические операции, такожде и наука materia medica имеют быть окончены в один год. Егдаже всякому хирургическому ученику быть три рядом следующие года в госпитале, то профессору хирургии можно в одном году или другую материю кратче или пространнее сочинять, и в следующих годах кратко сочиненное с большим пространством и понятностью излагать.

8.

В году позволяется празнствовать шесть недель, к чему профессор может выбирать то время, которое наиспособнейше ему покажется.

9.

Профессору читать лекции 5 раз в неделю и к тому назначать ему дни и часы: но однако при читании лекций взять в рассуждение время и нужду, и егда по большей части в обоих госпиталях учащиеся время от утра до полудня провождают перевязыванием и лечением больных, то кажется что время по полудни к тому наиспособнейшее. Однако профессору на волю отдается назначить время и место, смотря по обстоятельствам и потребности, лишь бы его трудами принятое намерение было исполнено.

10.

Профессору хирургии наставлять либо на латинском, либо на немецком диалекте, потому как учащиеся в состоянии его разуметь.

11.

Ежели профессор хирургии запотребно рассудит заводить новые книги или новоизобретенные инструменты, или сдержать несколько денег на корреспонденцию о делах, касающихся до хирургии, и представлять о неспособности и худом поведении некоторых из его учеников, как и лекарей, дабы оные поправились и способнее и полезнее были учинены к службе Е. И. В., или и представлять о других госпитальных потребностях, которые принадлежат к его науке, то в таких случаях представлять в медицинскую канцелярию, где по надлежащей справедливости, как по указам Е. И. В. велено, потребное вспоможение ему будет учинено. Москва. 5 октября, 1742. Подписал Lestok. Переводил с немецкого Яков Август Сигезбек" (стр. 267 270).

Инструкция имеет очень большой интерес. Из нее видно прежде всего, что хирургии отводилось весьма почетное место; что хирургия преподавалась бок о бок с анатомией; что профессор хирургии обладал большими полномочиями; всячески оберегался его престиж. Поражает тенденция уберечь профессора хирургии от выполнения технической части: не говоря уже о препаровке, операциях на трупе, профессор

уберегается от производства операций и перевязок больных. Для этого существует оператор, которому профессор приказывает сделать то-то и то-то. Однако, совершенно ясно говорится, что если профессор пожелает сам лечить, то медики обоих госпиталей должны ему помогать. Таким образом, профессор сразу поставлен в привилегированное положение. „Инструкциями вменялось Шрейберу и младшим докторам иметь в госпиталях определенное число больных разными болезнями в одной или нескольких палатах и заведывать ими по своему усмотрению, т. е. независимо от госпитального доктора. Эти палаты были первыми клиниками в генеральных госпиталях, хоть и не носили этого названия“ (*Чистович*, стр. 281).

Из изложенного до сих пор совершенно очевидно, что дело преподавания хирургии в России с 1706 г. к 1742 г. значительно подвинулось вперед. Но до сих пор мы встречались только с преподавателями иностранцами. В Москве обучались преимущественно русские, в Петербурге—иностранцы. Как я говорил выше, в петербургские школы русские были привлечены для обучения с 1764 г.

ГЛАВА VI.

Предтечи Пирогова.

Первым русским преподавателем между прочим хирургии был доктор Константин Иванович Щепин. Говорю „между прочим", ибо Щепин помимо хирургии преподавал ряд других медицинских предметов. Это был чрезвычайно даровитый человек, это был „такой ученый человек и такой учитель, какого не видывали еще госпитальные школы" (*Чистович*, стр. 111). Личность Щепина полна глубокого исторического интереса. Нельзя забывать, что Щепин впервые начал преподавать хирургию на русском языке, что он был первым доцентом хирургии, читаемой по-русски, и противопоставлялся доценту фон Меллену,—сыну оператора фон Меллена, о котором шла речь,—а фон Меллен читал хирургию по-немецки. История Щепина до того интересна, что я позволю себе привести ее подробно, опять таки пользуясь сочинением *Чистовича*.

Если Щепин начал свою судьбу совсем необыкновенно, если он развернул свою деятельность просто блестяще, то кончил он свою жизнь грустно. 10 апреля 1766 г. он исключен со службы, с лишением права врачебной практики в России и с запрещением выезда за границу—„за беспрерывное пьянство". К сожалению—в этом нужно сознаться—такая грустная развязка хирургической деятельности, за время истории русской хирургии, постигла не одного Щепина.

К. И. Щепин, уроженец из гор. Вятки, служил переводчиком при спб. академии наук и в этом звании отправлен был в 1753 г. в чужие края и особенно в Голландию, для усовершенствования в ботанике и других естественных науках. Пробыв там 3 года, он приобрел репутацию ученого и даровитого человека. По этой репутации медицинская канцелярия придумала перенять его в свою службу и ввести через него преподавание естественных наук в госпитальные школы. Но отдаст ли его академия наук? Медицинская канцелярия запросила об этом, и академия отвечала, что охотно отдаст, если только медицинская канцелярия уплатит ей ту сумму (1060 р.), которая истрачена на его путешествие и учение за границею. „Деньги в конце концов нашлись". „Медицинская канцелярия тотчас же выслала академии наук 1060 р. и получила уведомление, что Щепин исключен из ведомства академии. Уведомив об этом Щепина, медицинская канцелярия рекомендовала ему „стараться получить совершенство в медицине по всем частям ее и особенно в ботанике, химии, естественной истории вообще и в аптекарском искусстве, дабы докторский градус восприять мог, как скоро того удостоен будет и от времени до времени рапортами своими медицинской канцелярии оказать опыты своих успехов". Щепин получил наконец докторский диплом в Лейдене. Тогда „медицинская канцелярия предложила Щепину поехать в Париж и стараться прибыть туда к концу апреля по новому стилю, „ибо там обыкновенно все годовые операции от каменной, от глазных и от прочих болезней чинятся в мае и сентябре месяцах, которые ему видеть и примечания чинить тщатися, между тем и об обрядах и порядках тамошних госпиталей, аптек, ботанических садов и всего, что касаться может до медицинского дела все прилежное и попечительное иметь старание наведаться и учиться и тем свое приумножить знание и присовокупить искусство, также с тамошними в медицине и ее частях, в физике и вообще в истории натуральной славными и учеными людьми учинить знакомство и с ними иметь беседы в свою пользу, еще об обрядах и порядках тамошних в рудокопном деле стараться получить возможное известие" (стр. 111-112).

Из приведенной выписки видно, какое огромное желание было в то время у медицинской канцелярии

иметь в своем распоряжении людей русского происхождения, знакомых с европейскими порядками ведения госпиталей, приготовленных к самостоятельной деятельности. Это стремление было так велико, что на одного человека взваливается пожелание изучить все естественно-исторические предметы, хирургию, а кстати и „рудокопное дело“. Необходимость иметь своих хирургов, своих „операторов“ ощущалась уже давно: она била в глаза, так как нельзя было найти напр. оператора в московский госпиталь. Потому архиятер (заведующий медицинском делом) „вошел в кабинет министров с представлением о посылке в Париж нескольких молодых лекарей, „которые могли бы там утвердиться, чтобы в российском государстве *операторами быть и других обучать могли, как в* том нужда настоит“. Представление это одобрено кабинетом министров и сообщено резолюциею медицинской канцелярии 31 августа 1738 г.“ (*Чистович*, стр. 131). Однако, движения такое пожелание не получило. Для обучения в хирургии в Париж никого не командировали; по крайней мере, на это нет никаких указаний в книге *Чистовича*. И только Щепину рекомендовали в конце пятидесятых годов присмотреться к хирургии в Париже.

Щепин исполнил поручение медицинской канцелярии, поучился в Лондоне, Париже и других городах и вернулся в С.-Петербург 10 августа 1759 г. Щепин был теперь оставлен при медицинской канцелярии, кроме того ему была дана одна палата в спб. генеральном сухопутном госпитале с разными больными, „которых и лечить ему, живя в согласии с старшим доктором и в трудных случаях советуясь с ним“, (стр. 113). „Очевидно, это было не то, к чему он приготовлял себя. Он не находил в себе ни малейшей наклонности к административным занятиям. Но эти занятия указали ему еще один род деятельности, который до сих пор не был ему известен. Это именно полевая медицинская служба, о которой не почему было ему составить себе приблизительно верное понятие. Поэтому, желая попол-

нить и этот пробел знаний и опыта, он стал проситься в армию, приготовлявшуюся к заграничному походу, хоть на одну кампанию, с целью ознакомиться с потребностями полевой медицинской службы и с средствами к удовлетворению этих потребностей"... Желание Щепина увенчалось успехом; он определен дивизионным доктором московской дивизии. „При отправлении его в армию, ему дали между прочим приказание осмотреть при заграничном походе все могущие встретиться иностранные госпитали и затем остаться там, куда назначит его генерал-штаб-доктор армии доктор Кулеман (8 июня 1760 г.) (стр. 114).

„Дивизионный доктор Щепин пошел в поход, продвинулся с войсками за границу и получил в свое распоряжение в Пруссии Бишоф-Вердерский военно-походный госпиталь, в котором лечились и русские, и прусские больные и раненые. Так прошло более года. Госпитальная заграничная служба так была однообразна, что не представляла уже никакого интереса. Щепин наконец соскучился ею и написал медицинской канцелярии, что он там бесполезен, что поехал в армию с единственною целью узнать порядки службы, чего и достигнул, и что главная его задача быть преподавателем, а не лечащим доктором, каким может быть и всякий учившийся медицине, и что наконец он не для того всему учился и особенно естественной истории, а потому просил отозвать его из армии и назначить куда-либо преподавателем. Медицинская канцелярия не отказала в просьбе". Щепин вернулся и получил „назначение доктором преподавателем в московском госпитале (8 марта 1762 г.), с обязательством представить медицинской канцелярии программу лекций и распределение их" (стр. 115).

„Никогда еще ни один лекционный доктор не преподавал так пространно и так много предметов, как Щепин. Предметами были: анатомия, физиология, хирургия. Это были обязательные курсы с утвержденными и постоянными расписаниями. Кроме того, в свободное время преподавал он фармакологию (materia medica) и ботанику. В промежутках читал патологию и клинические лекции. Для каждого предмета составлена была им особая и весьма пространная программа. Наконец К. И. Щепин первый начал знакомить учеников в своих лекциях с естественными минеральными водами, привозивши-

мися из-за границы, и ему давали по одной бутылке вод для лекций на счет особой учебной суммы.

Вообще он так заботился об улучшении и расширении преподавания, что давал лекции даже по вечерам, чтобы не мешать другим делам. Ему очень хотелось описать московскую флору, но за краткостью времени не успел этого сделать".

„Заботился он также и о благосостоянии школы. Весною 1764 г. вошел он с представлением об отмене в ней унизительных телесных наказаний, хоть и безуспешно"... Преподавание его продолжалось ровно 2 года, а именно с весны 1762 до лета 1764 г., когда он вытребован был в С.-Петербург для „определения в петербургских госпиталях" (стр. 116).

Едва ли я ошибусь, если назову Константина Ивановича Щепина предтечей Николая Ивановича Пирогова. Щепин был первый русский преподаватель хирургии. Это обстоятельство, конечно, слишком незначительно, чтобы назвать его предтечей Пирогова. Если близко всмотреться в личность обоих, то нельзя не видеть сходства: интересуясь очень многим, попробовав выбрать себе специальностью физиологию, Пирогов остановился на хирургии, остановился по инстинкту, как бы случайно. Щепин начал с естествознания и кончил хирургией.

Оба они -и Щепин, и Пирогов- отличаются широтой образования, живым интересом ко всему, что встречается на их пути. Оба они из ряду вон оригинальные преподаватели, оба до увлечения, до фанатизма преданы своему делу, не щадя ни своего времени, ни здоровья. Оба рвутся вперед и изучают то, что еще ими не изучено. Характерно в этом отношении стремление обоих попасть на театр военных действий и там найти новые пути.

Но тут большая разница. Щепин ничего не внес в военно-врачебное, санитарное дело, не дал ничего и хирургии войны. Если это так, так должно быть поставлено не в укор самому Щепину: при его спо-

собностях, при его энергии, он несомненно мог бы сделать многое; но поехал он на войну в распоряжение генерал-штаб-доктора, который его упрятал в один госпиталь. Такой натуре, как Щепин, этого было мало: он хотел все изучить, понять и тогда только творить. Пирогов ездил на войну профессором, авторитетом, ездил столетие спустя после Щепина, и все-таки ему трудно приходилось. Достаточно просмотреть его письма из Севастополя, чтобы убедиться в сказанном. Можно же себе представить, в каком положении был Щепин, не обладая ни авторитетом, не имея в армии сильной поддержки со стороны влиятельных лиц? Понятно, что за год работы он соскучился однообразием деятельности и просился назад, в Россию. Такие примеры знает каждая война, и счастье Щепина, что медицинская канцелярия поддержала его в его желании возвратиться и заняться преподавательской деятельностью.

Щепина нужно рассматривать, как прообраз Пирогова в смысле силы таланта, в смысле широты образования, в смысле увлечения своим делом, в смысле расширения преподавания. Этот прообраз промелькнул на страницах истории русской хирургии, почти забыт; его надо воскресить, не ставя ему в большую вину, что он спился: спилось много выдающихся людей в России. И виноваты ли они в этом?!.

Пирогову ставят в большую заслугу то, что он получил кафедру хирургии в Дерпте. Дерптский университет имел право приглашать к себе выдающихся профессоров из-за границы и широко пользовался этой возможностью, привлекая германских профессоров. Появление в Дерпте молодого русского профессора хирургии несомненно потому должно считаться крупным событием, победой Пирогова над установившимися обычаями. Щепин в этом отношении не может считаться предтечей Пирогова. Но интересно, что также в 18 столетии был доктор Полетика, который получил сначала кафедру в Киле, а затем

перешел на службу в Россию. Полетика оказывается предтечей Пирогова по получению русскими медицинских кафедр в заграничных университетах. Хотя Полетика и не хирург, следовательно, прямого отношения к истории хирургии не имеет, тем не менее я позволю себе привести некоторые об нем данные, т. к. история хирургии есть часть истории медицины, и некоторые факты последней интересны и для истории русской хирургии.

„Доктор Иван Андреевич Полетика родился в Малороссии, в городе Ромнах Лубенского полка, и первоначально учился 9 лет в киевской академии словесным наукам, в том числе греческому и латинскому языкам. Оттуда он поехал в чужие края учиться медицине, как это видно из того, что в 1750 г. он подал в Петербург прошение в медицинскую канцелярию, в которой говорит, что он был в Голштинии в городе Киле, 4 года учился в тамошней медицинской академии (о чем и представил подлинное свидетельство), „но означенною наукою недоволен и для большего утверждения в той науке просит принять его в спб. генеральный сухопутный госпиталь слушать медицинские лекционы на своем six коште, но на казенной квартире". Просьба эта была уважена и 31 декабря 1750 г. он принят в госпиталь подлекарем. Учителями его здесь были доктор и профессор Шрейбер, оператор Я. фон Меллен и доктор Унгебауер. Однакожь здешним учением он еще меньше был доволен, чем кильским. и потому не прошло года, как он опять уехал за границу и начал учиться сперва в кильском, а потом в Лейденском университетах. На этот раз учение шло хорошо и в 1754 г. он получил в Лейдене докторский диплом, напечатав и защитив публично диссертацию „de morbis hereditariis". Но получив диплом, он не тотчас возвратился в Россию, а, раздумывая о своем положении, переехал из Лейдена в Киль и там удостоился чести. какой вероятно не предвидел: в том же 1754 г. кильская медицинская академия избрала его в свои. профессора и это избрание утверждено было герцогом Шлезвиг-Гольштинским и наследником русского престола вел. князем Петром Федоровичем (который впоследствие назывался императором Петром III).

Итак И. А. Полетике досталась честь первому из русских быть профессором в иностранном университете. Два года занимал он там профессорскую кафедру, но потом, соскучившись по родине, начал просить об увольнении для возвращения в Россию и получил его, при чем дан ему абшит, подписанный 8 июня 1756 г. самим герцогом Петром и скрепленный фон Пехлином. Приехав в Петербург, он не был подвергнут экзамену на право практики, потому что хотя приехал и не по вызову (сказано в указе медицинской канцелярии 12 авг. 1756 г.), но „как природный русский, а не чужестранец, при чем к славе отечества, по прилежанию в науках, сверх докторской степени удостоился и произошел в чин профессора, которым, как в данном ему от Е. И. В. благоверного государя великого князя Петра Федоровича абшите точно объявлено, в Гольштинии при академии Кильской действительно находился“. Однакоже так как экзамен установлен был законом, которого обойти было нельзя, то директор медицинской канцелярии Кондоиди придумал сделать с приезжим профессором и доктором ученый разговор о медицине и ее частях. Разговор должны были вести с ним профессор Шрейбер и доктор морского флота Синопеус, в присутствии самого Кондоиди. Разговор происходил 11 сент. 1756 г., после чего тотчас подписан одобрительный аттестат и Полетике дано право свободной медицинской практики в империи, с назначением младшим доктором в генеральный спб. сухопутный госпиталь, при чем в указе он назван, как и с самого приезда всегда назывался, „доктором и профессором“, а через три недели после того назначен старшим доктором того же госпиталя, на место Унгебауера. Он первый из природных русских получил в управление большой госпиталь, если не считать русским доктора Л. Блюментроста“. (стр. 153).

Щепин—несомненно яркая фигура. С исторической точки зрения он интересен тем, что доказывал всей своей деятельностью, что русский не только может осилить медицину, не только может преподавать ее, но преподавать блестяще. Однако, он не был учеником медико-хирургической школы. Полетика также крупная фигура, доказующая, что русский

может не только изучить медицину, но занять даже кафедру в иностранной медицинской академии. Полетика только отчасти ученик медико-хирургической петербургской школы, которой он остался недоволен. Он закончил свое образование за границей. Следовательно против этих двух людей можно было возражать, что если они русские, то медицинское образование получили или целиком (Щепин), или почти целиком (Полетика) за границей.

В главе 4-ой я указывал, что представление Кондоиди к посылке за границу русских лекарей было сделано в 1761 г.

„Указами сената 6 марта и 3 апреля повелено было медицинской канцелярии: „1) ежели кто из русских медицине обучиться похочет и желатели явятся, таковым не токмо в следствие желания их надлежащие к тому предводительства делать и обучать совершенно, но стараться таковых надлежащим порядком призывать и добрым содержанием обнадеживать и попечение об них иметь, чтоб и русские в медицине до вышних градусов науки достигали. 2) Определенным в отпуск в чужие государства лекарям жалованье производить по окладам вдвойне, отпуская оное как им, так и впредь буде кто из таких русских пожелает для оных наук за море ехать, для переводу к ним из статс-конторы" (стр. 315).

„Первая систематическая посылка молодых лекарей за границу исполнена уже по смерти Кондоиди, весною 1761 г. Избраны для этого 9 человек". Среди них на первом месте стоит Петр Подгорецкий. Как раз об нем сейчас и пойдет речь. По возвращении из-за границы, он был определен доцентом в московскую школу. Это было в 1765 г. Вступив в исполнение своих обязанностей, он донес медицинской канцелярии, что 1) подлекари и лекарские ученики из русских все, а из немцев шесть, изрядно знают по-латыни и *желают слушать лекции на латинском языке*; несколько же человек из прочих учеников и подлекарей немцев не токмо по-латыни, ни же

по-русски довольно разумеют. 2) И для того г. штаб-лекарь Энгель анатомические и хирургические свои лекции как прежде преподавал одним на латинском, а другим на немецком языках в одно время, так и ныне продолжать желает". (стр. 340). Не буду приводить всего донесения Подгорецкого, скажу только, что он жаловался на недостаток учебников и книг. Подгорецкий писал не раз коллегия молчала. „У Пеккена (член коллегии) и товарищей его зрела уже мысль об учреждении другого, высшего учебного медицинского заведения, но заведения исключительно немецкого и вполне недоступного для русских молодых людей. И очевидно, успех этого высшего учебного заведения казался рискованным и ненадежным, если бы рядом с ним стала расширяться программа старых госпитальных школ. Подгорецкий повидимому не знал этих немецких предположений и нечаянно сделался жертвою и соперником немецких замыслов. Другая неосторожность его заключалась в отзыве об немецких учениках школы, об их незнании латинского и русского языков. Он писал правду. Коллегия и сама знала эту правду, но по принципу терпела ее и неохотно выслушивала. При таких промахах молодого учителя, с жаром и энергиею принявшегося за дело, коллегия не могла благосклонно принять предложение Подгорецкого, не отвечала на его рапорты и так сказать отвернулась от него, ожидая удобного случая совсем устранить его от преподавательской должности. В московском госпитале поняли это и стали делать ему различные неприятности и помехи. Госпитальный доктор К. Даль и оператор Энгель просто мешали ему читать лекции. Приходя в класс, он часто не заставал там ни одного ученика: доктор и оператор рассылали их именно на эти часы по госпитальным должностям. Являлась надобность в трупах, а ему не давали их. Сослуживец его младший доктор Бишоф, был очень ограниченный и мало сведующий человек, а между тем с ним обходились с уважением и ласково, тогда как Под-

горецкий ни от кого не видел ничего кроме оскорбительного высокомерия. Одним словом, старались выжить его и ждали только случая и благовидного предлога... Ждали, что он сам выйдет из терпения, заметит недоброжелательство и постарается выйти из госпиталя. Так и случилось" (стр. 345)... Выйдя из себя, 25-го октября 1767 г. Подгорецкий написал в медицинскую коллегию письмо, которое кончал так:

— „в противном же случае, если медицинская коллегия какую к тому во мне неспособность видя, ничто не удостоивает из прописанного, я с большим удовольствием приму другое место" (стр. 346).

Его назначили доктором Сибирского корпуса. „Подгорецкий не поехал в Сибирь. Но с этого времени учебная его деятельность окончилась, и жизнь его поблекла среди нравственных мучений, которым подвергли его немецкие члены медицинской коллегии" (стр. 347).

Подгорецкий —третья фигура среди предтеч Пирогова. Это был уже ученик своей, московской школы, только усовершенствовавшийся за границей. Это был один из первых, если не первый „доцент", вышедший из русской школы с последующей заграничной отшлифовкой. Талантливый, стремящийся, как и Щепин, вперед, он споткнулся на немецкой партии и ею был стерт с лица земли. Не только загоралась, но уже и шла борьба за самостоятельность именно русской медицинской школы, русской хирургии. Исторически так и должно было быть. Миновать этой стадии борьбы не было никакой возможности. Нельзя забывать, что самого Пирогова поддерживала немецкая партия.

ГЛАВА VII.

Борьба за самостоятельность.

История русской хирургии есть очень маленькая часть истории России вообще, а история России—небольшая часть всемирной истории. Вся же история представляет собой историю борьбы. Такой маленький пример, как история развития русской хирургии, оказывается совсем маленьким подтверждением общего положения вещей.

Цивилизация Европы в 16 и 17 столетиях была несравненно выше, потому сильнее, русской. Это понимал двор великих князей и царей. Они впускали эту цивилизацию к себе, ибо без нее обходиться уже не могли: они не могли и не хотели напр. обходиться без медицины и без врачей. Петр I сосредоточил в себе накоплявшееся веками стремление подчиниться европейской цивилизации, широко распахнул двери России для этой цивилизации, в частности для медицины. Иностранцы хлынули в Россию толпой. Каждый приезжавший в Россию иностранец-доктор представлял собой индивидуум, борящийся за свое существование. В понятиях о цели борьбы, понятиях, может быть, не всегда осознанных, а иногда хорошо понятых, вижу я разницу в отношениях иностранцев к русской медицине, в частности к хирургии, как и вообще ко всему тому, что пересаживалось, прививалось, разросталось, некоторых иностранцев радовало, других—пугало.

Некоторые иностранцы—как наприм. Бидлоо, фон Меллен-отец, даже проф. Шрейбер, чрезвычайно

гордившийся своей профессурой, свое благополучие отождествляли с благополучием своего дела в России. Борьба за существование с их стороны сводилась к борьбе за существование и развитие их начинаний в России. Другая группа лиц, примеры которых мы видим в де-Тейльсе, Пеккерте, фон Меллене-сыне, свое благополучие строила на другом принципе—на подчинении себе всего, до них касающегося, в России, на привилегированном использовании благ самими и их соотечественниками. Борьба их за существование сводилась к подчинению, к порабощению, эксплоатации ими и их соотечественниками всего того в России, что им ведать надлежит. Два противоположных течения.

Нельзя не помнить, чти эти два течения сталкивались в среде русской знати и русского чиновничества, а это не могло не оказывать влияния на ход борьбы. Кроме того, два течения боролись на фундаменте громадного, и способного народа.

Второе течение, течение захвата привилегированного положения натолкнулось сразу на препятствие в отыскании учеников для медицинских школ. Мы уже видели, что Бидлоо нашел выход, привлекши к пополнению учениками медицинских школ славяно-греко-латинские училища. *Як. Чистович* неоднократно подчеркивает в своем сочинении, что московская школа потому пополнялась исключительно русскими учениками, петербургские школы—иностранцами. Судя по донесению Подгорецкого, мною цитированному в прошлой главе, это не совсем так: в московской школе также были иностранцы, преимущественно немцы, при чем для них оператор Энгель читал лекции по-немецки. Значит, немецкий язык, принятый в петербургских школах, наравне с латинским, завоевывал себе положение и в московской школе. Но учеников всюду было все-таки мало. Потому в 1754 г. Кондоиди обратился к св. синоду „с просьбою распубликовать по семинариям, не желает ли кто

из воспитанников их поступить в учение в казенных госпиталях и аптеках медико-хирургии и фармации„ (стр. 289). Охотники нашлись. Большинство обучающихся стало русскими и преимущественно из духовного сословия. Превращение медико-хирургических школ в русские, в смысле наполнения их преимущественно русскими учениками, было исторической необходимостью, понятой уже Бидлоо и законченной в течение пол-столетия при Кондоиди. Одна позиция была взята.

Вторая позиция заключалась в том, чтобы русские, наравне с иностранцами, получали степень доктора медицины и могли становиться преподавателями. Такие случайные люди, как Щепин и Полетика, не могли идти в расчет, ибо их не могло быть много. Между тем немецкая партия настаивала, что степень доктора медицины могут давать только иностранные университеты. Позиция немецкой партии была сильна, ибо школы в России на самом деле еще не были достаточно зрелыми. Не было иного выхода кроме посылки для доучивания и получения степени доктора медицины за границу русских, окончивших русские школы. Попытка послать молодых людей в Париж для обучения хирургии 1738 г. кончилась ничем. Необходимость же в преподавательском составе давала себя чувствовать. Как мы видели, в 1751 г. Кондоиди добился посылки за границу, и систематической, русских лекарей. Вскоре появились русские преподаватели, русские доценты. Была завоевана вторая позиция.

Логика истории требовала следующего: если большинство учащихся русские, если среди преподавателей также появились русские, то естественно преподавание должно переходить на русский язык, ибо учащимся, конечно, понимать было легче по-русски, чем по-латински. Это, как я выше писал, было осуществлено Щепиным в 1764 г.

„Приехав в Петербург, К. И. Щепин нашел там весьма ревностное движение в пользу госпитальных школ. В апреле 1764 г. все более или менее свободные доктора вступили в формальное соглашение касательно участия в школьном преподавании, распределив его между собою в качестве доцентов. Щепин также примкнул к нему. Соглашение это, в форме официального акта, представлено в медицинскую канцелярию и в открытом заседании 17 сентября 1764 г. утверждено ею. Оно состояло в том, что отныне на будущее время преподавание в госпитальных школах будет публично, на русском и немецком языках" (стр. 336). Доктор фон Меллен должен был читать анатомию и хирургию на немецком языке, доктор Щепин—на русском.

Русский язык завоевал себе право гражданства при преподавании медицины, в частности хирургии. Если он вытеснил латинский язык, то у него остался сильный конкурент в виде немецкого языка. Если латинский язык можно было считать международным медицинским языком, то немецкий к такому не принадлежал. Он только прививался и вступил в конкуренцию с русским языком, покровительствуемый сильной партией. Борьба не кончилась, а только развивалась.

Если первый подпериод характеризуется постепенным привлечением к медицинскому образованию более широких масс русских учеников, то второй подпериод будет характеризоваться дальнейшей борьбой преимущественно за самостоятельность против немецкой привилегированности.

На протяжении первых трех четвертей 18-го столетия, докторами медицины в России были или иностранцы, или русские, но получившие степень доктора за границей. Мы видели, что такие доктора, как Подгорецкий, встречали недружелюбный прием в России со стороны представителей немецкой медицины. Между тем логика развития медицины в России требовала своих докторов медицины. Медицинская коллегия основательно возражала, что школы недоста-

точно хороши, чтобы им дать право возводить в степень докторов медицины. „Многие члены коллегии упорно отвергали мысль, чтоб русский лекарь мог быть допущен к докторскому экзамену внутри России, или чтобы русский человек мог быть признан доктором медицины без признания этой ученой степени в каком либо иностранном медицинском факультете“ (*Чистович*, стр. 327).

Чтобы оправдать право давать степень доктора, следовало расширить и улучшить преподавание в медико-хирургических школах. С этой целью в 1785 г. за границу посылаются д-ра М. Тереховский и А. Шумлянский: они должны были „собрать и доставить точные сведения об устройстве и организации высших медицинских училищ в разных странах Европы“ (стр. 357). Отсюда видно, что размах строительства медицины увеличивался—заговорили о высших школах. „Путешествие докторов Тереховского и Шумлянского продолжалось более года и по доставленным ими сведениям медицинская коллегия, по соглашению с комиссиею о народных училищах, составила доклад о преобразовании госпитальных школ и новых штатах их. Доклад этот и штаты высочайше утверждены 15 июля 1786 г.“ (стр. 357).

Школы отделены от госпиталей, сделались самостоятельными, получили название медико-хирургических училищ, получили право возводить в степень доктора медицины. Преподавание распределено между тремя кафедрами, каждой из которых должен заведывать профессор. Профессором анатомии, хирургии и физиологии в московском училище сделан доктор Я. А. Риндер,—в петербургской школе—Н. К. Карпинский. Профессора Карпинского сменил профессор анатомии и хирургии Я. Саполович. Не входя во все подробности, отмечу, что в 1795 г. было опубликовано „предварительное постановление о должностях учащих и учащихся“. Из этого предварительного постановления важно отметить прежде

всего то, что оно закрепляет за профессорами право выборов профессоров. Специально хирургии оно касается, ибо в нем обрисована обязанность профессора хирургии.

„6. Должность профессора хирургии. а) Для преподавания хирургических лекций определяются вторник, середа, пятница и суббота, от 4 часов по полудни. b) Приступая к операции над мертвым телом, во-первых действию оной предшествовать должна обстоятельная теория, без которой ни единая над мертвым телом операция производима быть не может. Показав самым делом производство оной, буде время и обстоятельства позволяют, для лучшего в сей части утверждения, учащиеся собственными руками к повторениям допускаются. с) Профессор великое при сем случае внимание обращать должен на способности, склонность и твердость духа каждого учащегося, яко на такие качества, которые не многим свойственны и потому редкие к сей науке охотно прилепляются. d) Делая над больными в хирургическом театре операции, наблюдать тишину и человеколюбие, во время которой, находясь по своим местам, учащиеся со вниманием примечают действия своего профессора. Пред началом операции, разумея в отсутствии больного, изъясняет профессор собравшимся в театре ученикам краткими словами силу, важность и самые орудия к оной принадлежащие. е) Июнь и июль препровождать в наставлении перевязочному искусству на чучелах“ (*Чистович*, стр. 386).

В этой инструкции ясно разграничиваются: оперативная хирургия, клиническая хирургия и десмургия. Дело развивалось и наконец оно было закончено именным указом на имя барона Васильева о постройке здания медико-хирургической академии. Размах строительства докатился до высшего медицинского училища, „учреждение медико-хирургической академии составило новую эру в русском медицинском образовании, эру тем более важную, что с преобразованием бывших медико-хирургических училищ в академию исчезла необходимость в вывозе к

нам иностранных врачей не только для общей медицинской. но и для учебной службы в особенности. Россия обязана этим барону (впоследствие графу) Васильеву, его светлому уму и административному гению, выразившемуся в целом ряде мероприятий как по учебно-медицинской, так и по медико-административной частям. Ему обязаны мы тем, что в новоучрежденных медицинских академиях, несмотря на обширную программу их, ни одна лекция не читалась по-немецки". (*Чистович*, стр. 399).

Последняя фраза не совсем точна: профессору Бушу—первому профессору хирургии в медико-хирургической академии, пришлось читать параллельный русскому немецкий курс для учеников Калинкинского училища. Но факт несомненный, что русский язык завоевал себе окончательно место для преподавания медицины в России, вытеснив немецкий.

Немецкая партия между тем не сдавалась. Мы видели, как она буквально съела Подгорецкого, как она тормозила дело развития медико-хирургических школ, как она тормозила получение степени доктора медицины в России. С точки зрения беспристрастного историка нельзя однако не сказать, что если до известной степени эта партия была вредна, то с другой стороны—она была несомненно полезна: она являлась противовесом стремлению к самостоятельности, она была критиком, и иногда критиком суровым, но нужным, недостатков русских медико-хирургических школ, потому невольно служила причиной их усовершенствования. Если бы не было такой критики, если бы не было такого противовеса, не думаю, чтобы в одно столетие русская медицина успела так развернуться. Да кроме того представители немецкой школы сами и учили. Не удалась их попытка удержать в своих руках все высшее медицинское образование. В этом стремлении они столкнулись с русским гением, который оказался достаточно силен для борьбы.

А стремление удержать медицину в своих руках было выражено довольно ярко.

Когда шло гонение на Подгорецкого, то „у Пеккена и товарищей его зрела уже мысль об учреждении другого, высшего учебного медицинского заведения, но заведения исключительно немецкого и вполне недоступного для русских молодых людей". (*Чистович*, стр. 345). Мысль состояла „в устройстве особого медицинского училища, в роде одиночного медицинского факультета, с программою несколько более обширною, чем программа госпитальных школ. Называлось это училище „Императорским Калинкинским медико-хирургическим училищем или институтом", потому что устроено было при Калинкинской больнице". „Преподавание должно было производиться исключительно на немецком языке" (стр. 356). Это училище должно было получить право давать степени доктора медицины (стр. 435). „При распределении мест службы, лучшие места должны предоставляться воспитанникам этого училища" (стр. 435). В 1783 г. училище открыто, в 1802 г. закрыто и „вполне слилось с медико-хирургической академиею". Затея немцев просуществовала очень короткое время, ибо исторически не была нужна. Германская наука, германская хирургия имела громадное влияние на русские отрасли соответствующих знаний до самого последнего времени. Но специальной высшей немецкой школы для России, очевидно, было не нужно. Борьба кончилась тем, что русская медицина и русская хирургия, благодарные немецким и с помощью их, вышли на самостоятельный путь развития. В одно столетие, начав из ничего, Россия создала не только своих врачей, но своих докторов, своих доцентов, своих профессоров.

ГЛАВА VIII.

Начало 19-го столетия. Профессор Буш.

В официальной переписке 18-го столетия, когда речь шла о медико-хирургических школах или училищах, нередко эти последние именовались просто „хирургическими школами". В инструкции, данной проф. Шрейберу, говорится: „при учреждаемой хирургической школе"... Тереховский и Шумлянский посылаются за границу „по делам основываемой здесь школы хирургической". Даже этих небольших ссылок на официальные документы достаточно, чтобы показать, что правительство было очень озабочено созданием своих хирургов. На преподавание хирургии обращалось особенное внимание. Такое внимательное отношение к хирургии объясняется очень просто: Россия вела частые войны, следовательно, для пользования раненых нужны были прежде всего хирурги, хирурги и хирурги. Высшая медицинская школа возникшая в России медико-хирургическая Академия, опять таки называлась не медицинской академией, а именно медико-хирургической, чем подчеркивалось значение хирургии для государства.

Указ о постройке с.-петербурской медико-хирургической Академии дан 18 декабря 1798 г. „В августе 1800 года было уже окончено главное, сохранившееся до наших дней, академическое здание" (*Лопатто. Кафедра хирургической патологии и терапии. Диссерт. 1898 г.*). В 19-ое столетие Россия вступила с высшим медико-хирургическим учебным заведением. Рядом с спб.академией была учреждена и

московская. Для Москвы она была ненужна, ибо там уже существовал и развивался медицинский факультет московского университета. Нужно думать, что именно поэтому московская медико-хирургическая академия оказалась нежизнеспособной и погибла около 1840 г. (1845?).

Преподавание в спб. медико-хирургической академии хирургии нужно вести с профессора Буша, ибо и профессор Саполович, и профессор Логинов, получив назначение один за другим, к преподаванию не приступали: профессор Саполович, не имея права по закону 1799 г. совмещать профессорскую деятельность с должностью члена медицинской коллегии, предпочел остаться членом последней; Логинов отказался от преподавательской деятельности по болезни глаз (*Чистович*, стр. 407-408).

В самом начале 18-го столетия Николай Бидлоо посадил дерево русской хирургии. Мы видели, что оно пустило глубокие корни. В самом начале 19-го столетия вырос ствол русской хирургии. Таким стволом нужно считать профессора Ивана Буша. Если мы сейчас в военно-медицинской, прежней медико-хирургической академии, насчитываем 5 хирургических кафедр: оперативной хирургии, хирургической патологии и терапии, академической хирургической клиники, госпитальной хирургической клиники, десмургии с ортопедией; если мы сюда прибавим еще доцентуру по военно-полевой хирургии, то при основании академии была только одна кафедра хирургии, и эту кафедру занимал профессор Буш. Уже при нем и благодаря ему кафедра начала разделяться, ствол начал давать свои сильные ветви.

Буш как замечательный человек, как преподаватель, как хирург-практик, как создатель блестящей хирургической школы до такой степени крупная фигура, что на нем следует остановиться поподробнее. Материалом для оценки его деятельности служат 3 диссертации: *Лопатто. Кафедра хирургической пато-*

логии и терапии. Спб., 1898 г.; Ландшевский. Исторический очерк кафедры академической хирургической клиники. Спб., 1898 г.; Поздеев. Кафедра оперативной хирургии. Спб., 1898 г. Каждая из упомянутых сейчас работ излагает историю соответствующей кафедры, и все они начинаются с Буша, ибо он оказывается родоначальником хирургии в медико-хирургической академии, так сказать, духовным наследником проф. Шрейбера и продолжателем быстрого развития русской хирургии.

Заслуживает внимания не только деятельность Буша, как профессора хирургии, но и его биография. Наиболее дельно и удачно биография Буша изложена *Поздеевым,* потому воспользуюсь этим сочинением.

„Иван Федорович Буш, сын отставного солдата ганноверской армии, переселившегося в Россию в 1740 г., родился 20 февраля 1771 г. в Нарве. Нарва в это время населена была русскими и немцами, и Буш с детства говорил на языках обоих народностей, но немецкий считал своим родным языком. На 7-ом году он поступил в школу, где изучал, между прочими предметами, математику и латинский язык... Научившись в школе всему немногому, чему можно было в ней научиться, он в 1785 г. оставил ее, не достигнув еще и 15-летнего возраста. Затем с рекомендательным письмом от нарвского пастора к лейб-хирургу Кельхену, начальнику калинкинского медико-хирургического института, он приехал в Петербург и поступил в число казенно-коштных воспитанников этого заведения. Несмотря на свою молодость, он и здесь вскоре опередил всех своих товарищей, так что ему обещали даже поездку за границу, для усовершенствования, на казенный счет. Но этому не суждено было осуществиться, ни тогда, ни впоследствии, и Буш должен был ограничиться весьма неполным медицинским образованием, полученным в институте, где не было даже, клиник.

Война с Турцией, а потом с Швецией породила такое требование на врачей, что многие из воспитанников медико-хирургического института были отправлены на службу до окончания курса наук, в числе их и Буш. 26-го мая 1788 г., по выдержании

краткого экзамена, он получил степень лекаря и поступил во флот, назначенный против шведов, на 64 пушечный корабль „Мечеслав". Последний в сражении 6 июля сильно пострадал, и на попечение одного 17-летнего Буша поступило более 200 раненых (единственный помощник его, фельдшер, заболел). Неизбежное переутомление, при добросовестном отношении Буша к своим обязанностям, послужило причиною тяжелой болезни, перенесенной им по возвращении корабля в Кронштадт, от которой он оправился только весною следующего года. Затем, прослужив лето на 100-пушечном корабле „Владимир", он зиму проработал в Ораниенбаумском морском госпитале. Здесь впервые получил он возможность спокойного наблюдения над значительным числом больных с внутренними болезнями, но не надолго. Назначенный снова в гребную флотилию против шведов, он, вместе с судном, на котором он находился, в сражении 29-го июля 1790 г. был взят в плен и отправлен в Стокгольм. При этом он лишился всего своего небольшого имущества, и вскоре по заключении мира возвратился в Кронштадт в совершенной нищете. Поселившись у своего знакомого, главного врача ораниенбаумского госпиталя, он написал здесь первое сочинение „de abscessu hepatis", обратившее на Буша внимание профессоров кронштадтского медико-хирургического училища. По предложению последних, медицинская коллегия определила Буша сначала прозектором, а потом оператором кронштадтского госпиталя с жалованьем по 300 р. в год. В обязанности оператора входило, между прочим, и преподавание хирургии или вернее, повторение ученикам лекций профессора. Потому 20-летний Буш должен был прочесть пробную лекцию, после чего в 1791 г. и последовало его утверждение. На педагогическом поприще он скоро оправдал возложенные на него надежды, написав в то же время свое „рассуждение о головных ушибах", так что, спустя полтора года, по смерти профессора анатомии, физиологии и хирургии, ему после прочтения пробной лекции в медицинской коллегии „о глазе и слезном свище" предложили занять эту кафедру (1793 г.).

Буш пробыл в Кронштадте до 1797 г. В это время он старался пополнить свое скудное медицинское образование. Сознание необходимости быть вполне

достойным занимаемой им должности сделало из него выдающегося и глубоко уважаемого преподавателя. Каждая лекция у него была не только повторением прежнего, но и шагом вперед... Приобретение обширных анатомических знаний облегчалось значительным количеством трупов в госпитале, руководством же служили лучшие в то время сочинения по этому предмету“...

17 сент. 1797 г. Буш был обрадован приглашением медицинской коллегии преподавать анатомию и физиологию в своей alma mater калинкинском медико-хирургическом институте... Публичное испытание, в присутствии специально для этого назначенной комиссии из членов государственной медицинской коллегии, было выдержано им настолько удачно. что он вскоре (13 сент. 1798 г.) удостоен профессорского звания, которого еще не имел. Ни один из полученных им позднее чинов и отличий. не произвел на него такого сильного и приятного впечатления, как эта первая награда. В институте Буш выступил с своими лекциями на немецком языке пред более образованными слушателями, в числе которых некоторые были из иностранных университетов и скоро приобрел их общую любовь и уважение. Такой успех значительно облегчил чрезвычайную трудность возложенных на него обязанностей. По неимению прозектора, он сам должен был готовить анатомические препараты для лекций и, кроме того, вскрывать еще большое число представляемых полициею трупов и диктовать судебно-медицинские протоколы“...

„17 сент. 1800 г., после нового испытания, Буш получил кафедру хирургии в медико-хирургической академии и. руководствуясь попрежнему учебником Рихтера, стал читать здесь лекции на русском языке... В то же время он продолжал свои лекции в калинкинском институте. Около этого времени он получил предложение занять кафедру анатомии в дерптском университете, но отклонил его... „В октябре 1809 г., в уважение к его ученой и учебной деятельности (honoris causa), возведен в степень доктора медицины и за месяц до этого в звание академика“ (стр. 7 -9).

Буш был немец, родным языком считал немецкий, учился в калинкинском институте, а между тем,

получивши кафедру в медико-хирургической академии, настаивал на том, чтобы лекции читались на русском языке, сам не только читал лекции по-русски, но написал первое руководство по хирургии (1807 г.) на русском языке. Руководство выдержало 5 изданий. Только для учеников, переведенных из закрытого калинкинского института, он вел параллельный курс на немецком языке. Чтобы вынести представление о преподавании хирургии во времена Буша, приведу *(по Лопатто)* целиком программу его, представленную в конференцию академии в 1804 г.

„Профессор хирургии намерен держаться прежнего плана академического учения в своей части, т. е. полагая основанием рукописное свое сочинение хирургии (по недостатку иного, потребностям сего времени соответствующего). в первой трети года (ради большей удобности иметь и хранить мертвые тела) показать полный курс хирургических операций, употребляя на то 4 часа в неделю для российских слушателей и столько же для немецких, именно по понедельникам, вторникам, четвергам и пятницам по полудни от 4—6 часов. Сверх того, определяется объюнктом один час для показания простейших операций (кровопущения, вскрытия нарывов и т. д.) и бандажей. другой час для повторения лекций со слушателями. Подобным порядком преподается во второй трети года всеобщая хирургия, в последней подробная или специальная.

Примечания. 1) Приличнее было бы операции до полудня показать ради дневного света, но равно потребуют сего анатомия, физика, химия, так что свободных двух часов сряду для хирургии определить никак нельзя. Впрочем сие обстоятельство при хорошем освещении великого помешательства не составляет, особливо когда курс с 1-го сентября начат быть имеет. 2) Время для полного курса теоретической и практической хирургии весьма коротко, как из числа предметов и обширности оных по новейшим обработываниям явствует, почему и хирургия в иностранных университетах весьма раздроблена, дабы ее в определенное время окончить. Еще отнимают от оного срока много времени многочисленность праздников и необходимые повторения. 3) Проф.

хирургии признает, согласно с знаменитым гетингским проф. Гейне за справедливо, что долг академической профессуры в том состоит, дабы учащимся основания науки яснейшим образом сообщить и тем их познакомить, что общего одобрения уже удостоилось и что им правилом к житейской деятельности служить может. И посему учащий от всех маловажных обстоятельств и подробностей, которые либо токмо к украшению, либо обширнейшему сведению принадлежит, отделаться и сие учащемуся к собственному приобретению и способом чтения представить должен. Следовательно, и в хирургии о всех методах, о всех изобретенных инструментах обстоятельно предлагать за безполезное считает и чтение на природном языке за выгоднейшее. 4) К сему никак одинакого образа преподавания употреблять не можно, напр. операции требуют вольной демонстрации систематическим порядком по дефиниции, разделении, рецептов иногда диктовать нужно бывает, и так употребляться в хирургии составный образ преподавания, к которому практическое еще обучение у кровати больного присоединить желательно было бы. 5) Хирургия, занимаясь тоническими болезнями, которых существительность большею частью в изменении смеси материи и видостроения органов состоит, не имеет великой нужды вступать в спор с теоретиками. Но где взаимное действие между организмом и местным страданием открывается, объясняют обстоятельства эклектическим образом, находя всякую по ныне известную теорию неудовлетворительною и неполагательною, как из всякого нового сочинения очевидным образом, по безчисленным противоречиям и произвольным толкованиям доказать можно".

Из приведенной программы видно прежде всего, что студенты учились оперативной хирургии. *Поздеев*, вопреки *Чистовичу*, полагает, что „практические занятия в производстве операций на трупах не были обязательны, вследствие постоянного недостатка в трупном материале" (стр. 20). Но что оперативной хирургии обучали и обучали хорошо, доказуется тем фактом, который как раз приводится *Поздеевым*, „что на 4-ом курсе каждый студент дол-

жен был публично сделать в продолжение года не менее 4-х больших операций на больных, в присутствии профессора. Из такого положения следует, что, для успешного производства этих операций, оперативную хирургию необходимо было изучать и знать не для экзамена только, который, кстати сказать, был лишь устным и не демонстративным, но для серьезного применения своих знаний к делу, можно сказать, немедленно, еще на студенческой скамье" (стр. 25). За успешные операции, произведенные студентами, последним выдавались, по представлению Буша, награды. Среди операций фигурируют ампутация голени, операция заячьей губы.

Совершенно ясно, что оперативная хирургия во времена Буша преподавалась серьезно и хорошо. В 1825 г. Буш просил конференцию передать преподавание оперативной хирургии Саломону (стр. 27). Буш запрашивал, „не согласится ли конференция разделить преподавание хирургии между мною и адъюнктом Саломоном, так чтобы мне продолжать преподавание chirurgiae medicae, а ему заниматься chirurgia operatoria во всем пространстве с репетициями по всем частям хирургии" (стр. 27). Конференция согласилась.

Судить о преподавательской деятельности профессора Буша к счастью не трудно: для этого можно воспользоваться выше приведенной программой его преподавания; кроме того, обратиться к составленному им учебнику: „Руководство к преподаванию хирургии". Первое издание этого руководства, как было сказано выше, вышло в 1807 г.; в моих руках находится второе издание (1810—11 г.). Руководство составляют три части. Первая из них (351 страница) посвящена общей хирургии; вторая (478 стр.)—частной хирургии; третья (462 стр.) оперативной хирургии. Если судить по программе Буша, в которой он говорит, что читает лекции по еще писанному руководству, то нужно принять, что напечатанное руко-

водство есть именно то, что читалось и что требовалось со студентов. И нужно правду сказать, что требовалось достаточно много сведений по хирургии. В оперативной хирургии мы встречаем: „черепо-сверление", „операции над глазом и его частями", „операции над слезными путями", „рукодействия над ушными частями", „операции над частями носа", „операции над частями рта", „операции над зубами", „операции над частями рта внутри находящимися", „операции на шее производимые", „операции над грудью предпринимаемые", „брюшные операции", „грыжевые операции", „операции над мужскими детородными частями", „операции над мочевыми путями", „операции над женскими детородными частями", „операции над прямою кишкою", „операции над конечностями".

Все, что в начале 19-го столетия могло быть введено в оперативную хирургию, все было введено и преподавалось. Это факт, стоящий вне всякого сомнения. Если вспомнить, что студенты 4-го курса должны были производить и операции на больных, то нужно придти к заключению, что в медико-хирургической Академии, в начале 19-го столетия, при проф. Буше, преподавание оперативной хирургии стояло на той высоте, на которой только могло стоять.

В первом томе изложена общая хирургия. В третьем томе прибавлены отделы „о переломах костей" и „о вывихах". Перечислять заглавия первой части я не буду. Конечно, сюда входят и кожные болезни, которые в то время, как наружные, принадлежали ведению хирургов. Позволю себе привести некоторые выдержки из „введения", как характеризующие хирургические понятия того времени. Не могу не заметить, что во введении есть историческая часть, в которой, правда, кратко, но дано представление о развитии хирургии с древнейших времен. Теперь перейду к тому, что не может не интересовать историю: к выдержкам из введения.

„10. Настоящее состояние хирургии разнствует от прежнего в том, что

1. Понятие о происхождении и действии болезней над организмом более очищены, доведены до совершенства, соображены с физиолого-патологическими сведениями наших времен.

Посему и лечение согласнее с внутренним состоянием организма и самой болезни, следовательно и много-образнее древнего, но не столь суеверно.

3. Врачебные рукодействия сделались простее, точнее, удачнее, отважнее по оставлении многих ненужных орудий, по исправлении остальных, по отвержении мучительных к операциям приготовлений и расположений лечения и питания не по одному какому-либо методу, а смотря по состоянию болящего и т. д. см. вышесказанные систематические сочинения.

Болезни, составляющие предмет хирургии по вышепредложенному понятию состоят: А) в изменении естественных свойств органа, В) в неправильном произведении органических действий в одной части наружности тела, С) или наконец в произведении неорганических тел в организме.

А. а. Нарушение целости частей (laesio continui) в ранах, разрывах, язвах, свищах.

b. Нарушение плотности частиц (laesio cohaesionis) между собою—в ушибах, негибкостях, окреплости и проч. в смягчении костей.

c. Нарушение связи или должного местоположения и отношения частей между собою (laesio contigui)—в вывихах, грыжах, срощениях, горбах и проч.

d. Нарушение должного пространства (laesio capocitatis)—в аневризмах, расширении вен, съуживании проходов.

e. Нарушение вида, числа (laesio formal, numeri) в искривлении, недостатке или излишестве членов.

В) Воспалительные, кровеные, лимфатические, сукровичные, мешечные, мясные, жирные, костные опухоли, скирры, рак, полипы, и, от совершенного органических действий расстроения происходящий, Антонов огонь.

С) Каменные тела.

Нельзя не видеть, с современной точки зрения, недостатков классификации болезней, но для начала

19-го столетия классификацию, принятую Бушем, на основании подробного изучения и литературы, нужно считать удачной. Без классификации трудно было разобраться в громадном хирургическом материале и во времена Буша; вот он и начинает преподавание с классификации. До какой степени полно преподавал проф. Буш, явствует из целого ряда примеров. Приведу несколько таких: напр. вопрос о воспалении. Как характеризует его Буш?

„§ 1. Воспаление есть болезненно усиленное в какой-либо части органическое действие, с особенным участием кровеносной системы сопряженное.

Примечание: a) Воспаление занимает тончайшие сосуды, законам общего кровообращения не подлежащие (Dumas. Principes de physiologie).

b) Развитие животной теплоты делается в воспаленной части сильнее.

c) Волосные артерии расширяются, веоны суживаются (Winberl)

d.) В воспаленном месте рождаются новые сосуды (Hunter).

e) Во всякой воспаленной части чувствительность и раздражительность изменяются.

Сходствующие с сим изложения сообщили: Горн, Гутфельдт, Рейль, Маркус, Дюмас“. (стр. 1—2, ч. I).

В определении воспаления Буш пользуется не только своим опытом, своими знаниями, но ссылается на ряд авторов. Если мы возьмем главу о вывихах, то найдем ту же точность изложения, которая свойственна всем трем частям. На самом деле:

1. Вывих кости (Luxatio exarthrema) состоит в совершенном или частном разлучении составных концов подвижного членосоединения, происходящем от действия какой-либо вредоносной силы.

2. Разделение: a) Место вывиха означается по анатомическому названию члена или кости.—

Порода определется: b) по степени; отсюда вывих называется совершенным (lux. perfecta), когда членосоставные поверхности совершенно лишились взаимного между собою прикосновения.

Растяжение (distorsio), когда вывихнутый член в то же время сам по себе возвратился в свое место, не оставив признаков вывиха" (ч. 3, стр. 420).

Считаю небезинтересным привести учение об „антоновом огне"—об этом страшном заболевании, на которое с ужасом смотрели наши предшественники.

„§ 116. Антонов огонь (gangraena) есть состояние исчезания органических действий в какой-либо страждущей части.

Омертвение (sphacelus) есть состояние гниения частей, лишившихся органических своих действий.

§ 117. Явления антонова огня разнствуют поколику жизненная способность при ожесточении органических действий или при уменьшении оных изподоволь похищается.

В первом случае, что высшая степень воспаления называется. примечаются: a) тоска, b) жестокое жжение, как бы огнем, c) сильное напряжение в опухоли, d) темнокрасный цвет, e) охлаждение конечностей, f) холодный пот на грудях и лице выступающий. сия степень не иначе как второю оканчивается.

Во втором случае бывают: a) тупое чувство, b) отек, c) вялость и d) хлад в частях.

В образовавшемся антоновом огне (gangraena declarata) a) все болезненные припадки внезапно пресекаются и больной чувствует облегчение: b) иногда больной умирает скоропостижно; c) или багряный цвет местами становится темнее (maculæ gangrænosæ); d) теплота сначала либо равная теплоте прочих частей, либо напротив умноженная; e) верхняя кожица поднимается в пузырьки темноцветною влагою наполненные (vesiculae gangraenosae); f) самая тупая чувствительность и, в глубоких и не зараженных частях, движимость." (стр. 70—71).

Не буду приводить деление омертвения на сухое и влажное. Приведенных выписок из трех различных отделов хирургической патологии достаточно, чтобы убедиться, что путаница в представлениях была довольно большая; вывихи в этом отношении представляют счастливое исключение. Тем не менее

Буш сопоставил все, что мог сопоставить, все рассмотрел, сообразно с уровнем знаний. Вторая часть его „руководства“, посвящена частной хирургической патологии. Таким образом, он старался дать студентам все сведения, которыми только располагал, не входя в детали, не входя в частности и спорные вопросы. В этом отношении он был прав, ибо преподавание студентам деталей едва ли заслуживает особого поощрения.

Если, значит, преподавание оперативной хирургии и теоретической хирургии были поставлены на возможную высоту, то несколько иначе обстояло дело с клиническим преподаванием. „В 1800 г. Буш был назначен на кафедру хирургии в медико-хирургической Академии, тогда только что открытой, и принял на себя заведывание так называемой „клинической хирургической палатой“ при генеральном сухопутном госпитале“ (*Ландшевский*, стр. 7). Мы видели, что такая палата была представлена еще и проф. Шрейберу. „Устройство палаты мало чем отличалось от других палат госпиталя: обстановка была бедная, хирургических инструментов недостаточно, больные были с мало интересными и поучительными болезнями, довольствие их было от госпиталя, словом профессор, не будучи полным хозяином хирургической палаты, не мог вести преподавание хирургии так, как бы следовало для пользы учащихся“ (*Ландшевский*, стр. 7—8).

„Назначение знаменитого Петра Франка президентом академии было для Буша весьма важным событием. Труд заодно с врачем, глубоко уважаемым всей просвещенной Европой, уважение и внимание к нему знаменитого ученого не могли не иметь для него особенной важности“... „Благодаря Франку уже в 1806 г. 4 мая была устроена при военно-сухопутном госпитале палата на 13 кроватей; палата эта передана в ведение Буша и, кроме того, согласно распоряжению министра, разрешено по требованию профес-

сора доставлять туда интересных больных из военных и городских госпиталей“. (*Лопатто*, стр. 14).

Если сопоставить данные *Ландшевского* и *Лопатто*, то получается некоторое противоречие: первый как будто утверждает, что госпитальная палата была к услугам Буша с 1800 года. И это возможно, ибо такой палатой владел и Шрейбер в свое время. Второй—*Лопатто*—говорит, что только в 1806 г. Бушу была предоставлена хирургическая палата. Возможно, что прерогативы Шрейбера уже были забыты, и Бушу съизнова пришлось хлопотать о том же самом: с другой стороны вероятно, что „палата“ шрейберовского типа не удовлетворяла уже Буша, и что в 1806 г. он получил палату-клинику, где был полным хозяином. Думаю, что детальное разъяснение этого вопроса не имеет большого значения. Важно то, что при Буше организована хирургическая клиника, зачатки которой появились при Шрейбере. Правда, клиника была всего на 13 больных. Как раз в этой, и приближающейся к ней, малости клиники можно видеть историческую ошибку организации высшего медицинского образования в России, ошибку, которую хотел исправить Пирогов, до известной степени исправил, но только до известной степени, ибо до сих пор большинство профессоров-клиницистов сидят стесненными в крайне малых клиниках.

Однако, и тут, в смысле учреждения и развертывания клиники Буш сделал чрезвычайно много. Чтобы подтвердить сказанное, приведу выписки *из диссертации Ландшевского*, в которой об интересующем нас деле трактуется довольно подробно.

„3-го мая 1806 г. от Буша поступил в конференцию рапорт, что хирургическая клиника на 13 человек устроена и в ней находится 8 человек больных, выбранных профессором из обоих госпиталей; далее просит, чтобы „учащиеся 3-го и 4-го классов в пятницу 4 мая в исходе 8-го часа по утру собирались в зале, отведенной для операции, в первой палате деревянного строения при Сухопутном госпитале“.

„Устройство вновь открытой клиники было очень плохое: само здание было старо и ветхо, печи никуда не годились, в палатах постоянно была низкая t°, доходившая иногда зимою до 5° тепла; ветер свободно гулял по палатам, проникая через плохо пригнанные рамы; стены промерзали, потолок давал постоянную течь. Обстановка палат была тоже бедна и незатейлива... Прислуга была распущенная и в очень ограниченном количестве... Не раз дело доходило до того, что Буш, видя как хирургические больные заболевали в клинике, благодаря ее устройству и плохому уходу, различными внутренними болезнями, доносил конференции, что он откажется от заведывания клиникой. Конференция сообщала обо всем этом высшему начальству, но улучшение клиники подвигалось очень туго. Здание чинили, штопали, но результат получался тот же: в палатах зимой было холодно, больные мерзли и простуживались. Каким то образом клиника раздобыла железные кровати, заброшенные в госпитале; но когда Буш потребовал через конференцию от администрации госпиталя скорейшей их починки и доставки их ему в клинику, то комиссариатский департамент отобрал их совсем, основываясь на том законе, что в госпитале полагаются деревянные кровати".

„Как бы то ни было, Буш постепенно, шаг за шагом добивался своего и приводил клинику в надлежащий вид. Между прочим Буш выхлопотал своей клинике довольствие от академии, взамен госпитальных порций, которые он находил недостаточными. Кроме того разрешено было, по назначению профессора, давать больным красное вино и хорошее пиво. Через год в клинике уже было 30 кроватей. Несмотря на то, что клиника была так недавно устроена и требовала еще многих улучшений, преподавание в ней было настолько высоко поставлено, сравнительно с другими медицинскими учебными заведениями, что даже иностранные врачи поступали в госпиталь в звании кандидатов медицины, для усовершенствования в науках. Харьковский же университет прислал своего адъюнкт профессора естественных наук Громова обучаться медицине "(стр. 36-37)... Первые больные, выбранные Бушем в новую хирург. клинику, были со следующими болезнями: 1) hernia inguinalis et induratio testiculorum, 2) hydrocele, 3) fistula post abscessum metastaticum sub capiti

brachii d. 4) ulcera post separationem sphaceli in pede dextr., 5) fractura corporis ulnae manus d., 6) ulcera post amputationem crurum callosa. 7) macula cornea transparant. post opht. chron., 8) laesio proces. mastoid. et otorrhoea.

У *Ландшевского* приведены ценнейшие данные о движении больных, начиная с 1808 г., в клинике Буша, о количестве операций и о количестве смертельных исходов. Количество больных колебалось от 159 (1816 г.) до 71 (1828 г.). Количество операций от 12 (1811 г.) до 44, за год. Смертность была такова:

год	1808	колич.	операций	27	смертей	2.
	1809	„	„	16	„	2.
	1810	„	„	30	„	10.
	1811	„	„	12	„	3.
	1812	„	„	18	„	6.
	1813	„	„	38	„	9.
	1814	„	„	44	„	9.
	1815	„	„	39	„	12.
	1816	„	„	31	„	2.

Если подвести общий итог за годы, в которых даны цифры смертности, то получится на 255 операций 55 смертельных исходов, что будет составлять около 22% смертности.

В общем количество больных, проходивших через клинику за год, было невелико; невелико было и количество производимых операций; сравнительно с настоящим временем велика была после-оперативная смертность, но нельзя не отметить, что даже грыжесечения, ампутации бедра, камнесечения сходили часто без смертельных исходов. Нельзя потому не придти к заключению, что практическая хирургия стояла на должной высоте. Не удавались с благополучным исходом „черепосверления“. Эти операции, предпринимаемые, вероятно, по поводу переломов черепа, кончались грустно. В руках самого Буша, в руках его помощников—Высоцкого, Пеликана и Буяльского—эти операции кончались смертью, конечно, от менингита.

К описанию клинической деятельности надо прибавить еще то, что проф. Буш всегда и неустанно хлопотал о пополнении инструментарием заведуемой им клиники. Он в значительной степени его и обогатил.

Как хирург, Буш был внимателен, аккуратен и осторожен. „Отличительными чертами Буша, как хирурга и профессора, были: тщательнейшее рассмотрение предстоящего случая, старание обнять и проникнуть вполне его патологическое значение и ограничиться, сколько возможно, терапевтическим лечением; в случае же необходимости хирургического — исполнение его спокойное, верное, осмотрительное. Если же он не делал сам смелых операций и не сделал в практической хирургии никаких существенных изменений, не обогатил ее никакими новыми открытиями, то всякий скажет, что во всех трудных случаях не было советника, лучше его" (*цит. по Ландшевскому*, стр. 11). Бушем написано довольно большое количество работ и статей (*по Лопатто*, 44), но среди них нет оригинальных, из ряду вон выходящих.

Единственная теневая сторона его деятельности — это недостаток научной инициативы. Этот недостаток был пополнен его учениками, о чем речь впереди. Но как профессор, как создатель преподавания хирургии, как создатель хирургической школы, как человек и член конференции он стоит вне упрека.

„Отстаивая свои права, он не менее страстно стоял и за коллегиальные права и интересы. Вот почему он не мог помириться с назначением Шлегеля президентом академии. Когда был прочитан приказ об этом в заседании конференции, Буш поднялся с своего места и, обращаясь к Буяльскому, сказал: „пойдем, брат! при президенте, который три раза держал докторский экзамен, нам с тобой не место", и с тех пор, вплоть до выхода в отставку, ни разу не был в конференции. В нем также не было ложного самолюбия; он всегда сознавал свои ошибки и не стеснялся публично высказывать бла-

годарность своим помощникам, когда они выручали его в том или другом случае. Как доказательство вышесказанного, приведем несколько примеров из его практики. Однажды, благодаря неправильно поставленному им диагнозу болезни испр. долж. министра внутренних дел. и вследствие операции, произведенной Бушем, вопреки мнению Буяльского, больной умер; Буш не постеснялся сказать: „мы виноваты, кроме Буяльского, уложили барона в гроб". Случилось также, что при производстве одной операции, Буш нечаянно перерезал подмышечную артерию и залитый кровью, совершенно растерялся; в другой раз вследствие усталости—не мог докончить операции каменной болезни. В обоих случаях его выручил Буяльский, и Буш прямо сказал ему: „Даю слово, что без тебя, Илья Васильевич, не предприму никакой мало-мальски важной операции". (*Ландшевский*, стр. 10).

Приведенная выдержка характеризует Буша чрезвычайно лестно. Но заключительным аккордом его трудной деятельности служит создание им поистине блестящей хирургической школы. Буш в конце концов начал преподавание в академии на русском языке, написал первый и солидный учебник по хирургии на русском языке, наметил разделение хирургических кафедр, часть кафедр ответвил при своей жизни, основал хирургическую клинику, создал преподавание оперативной, общей и частной хирургии, наконец, создал блестящую русскую школу хирургов. Кажется, с одного человека довольно! Естественно, что медико-хирург. академия учредила медаль и премию Буша, которая более ста лет выдавалась молодому врачу, первым по успехам окончившему Академию.

Чтобы бросить последний штрих на личность Буша, нельзя не добавить, что он при жизни пользовался уважением не только в России, но и за границей, преимущественно в Германии. Первое доказуется тем, что он 17 лет был председателем „общества немецких врачей" в Петербурге, был избран почетным членом медико-хирургической Академии,

почетным членом „общества русских врачей“ в Петербурге, почетным членом московского физико-математического общества. Второе подтверждается тем, что „2 мая 1835 г. он избирается почетным членом „общества врачей в Пруссии“, а затем почетным членом „общества гамбургских врачей“. (*Лопатто*, стр. 17).

ГЛАВА IX.

Школа Буша.

Выше я упоминал, что Буш создал блестящую хирургическую школу. Одна из важных сторон деятельности профессора состоит именно в создании школы. Можно смело сказать, что до Буша школы русских хирургов не было. Мы видели, что уже давно существовала потребность в создании своей хирургической школы. Эту историческую задачу осуществил профессор Буш. Поразительно, до какой степени он умел собирать вокруг себя талантливую молодежь, поощрять ее, развивать и выводить в крупных хирургов. Эта сторона деятельности Буша до такой степени замечательна, что его школе надо посвятить самое серьезное внимание.

При Буше, за его 33-летнюю профессорскую деятельность, состоял целый ряд „репетиторов" по хирургии, „адъюнктов". Часть их, в виду войн и других причин, рассыпалась по России на различные ответственные места; часть достигла профессорского звания. О последних и пойдет главным образом речь. Назову следующие имена: проф. С. Ф. Гаевский, назначенный репетитором при хирург. кафедре в 1800 г., после заграничной командировки и защиты диссертации, получивший экстраординарного профессора в 1806 г. при кафедре терапии. Г. Я. Высоцкий, который академию окончил в 1808 г., в 1809 г. получил звание адъюнкта хирургии, в 1816 г. назначается экстраординар. профессором хирургии в московскую

медико-хирургическую академию. В. Пеликан, который академию кончил в 1813 г., в 1814 г. получил звание и. д. адъюнкта при кафедре хирургии, а в 1819 получил назначение проф. хирургии и директором хирургической клиники в Виленской академии. Х. Х. Саломон—впоследствие профессор академич. хирург. клиники, И. В. Буяльский впоследствие профессор анатомии в спб. Академии и, наконец, П. Н. Савенко—впоследствие профессор теоретической хирургии в спб. Академии. Одним словом, целое гнездо хирургов, центр хирургической подготовки, дающий профессоров и в Москву, и в Вильну. Высоцкий напр. помимо профессуры, „был один из лучших хирургов-практиков в Москве" (*Лопатто*, стр. 24). Пеликан в 1851 г. назначен президентом медико-хирургической Академии в Петербурге. Особенно интересны Саломон, Савенко и Буяльский. Выход в отставку проф. Савенко послужил поводом к приглашению в медико-хирургическую Академию Пирогова. Саломон и Буяльский работали в Академии одновременно с Пироговым, следовательно, могут служить характеристикой до-пироговского и начала пироговского периодов хирургии в медико-хирургической Академии в Петербурге.

О проф. П. Н. Савенко сохранились самые хорошие воспоминания. *Лопатто*, довольно подробно разобравший биографию Савенко, говорит, что „это был любимейший ученик Буша". Савенко был несомненно прекраснейший человек, „врач-изыскатель", продолжатель идей Буша, преподававший хирургию по учебнику своего учителя, но, насколько могу судить по историческим материалам, не обладавший тем блеском, которым отчасти отличался Саломон, которым особенно поражал Буяльский. Проф. Савенко был образованный, серьезный хирург, хороший преподаватель, выпустивший также талантливых учеников, но оригинальностью, новаторством он не отличался.

Как мы видели, еще будучи профессором академии, Буш просил конференцию о выделении оперативной хирургии. Конференция согласилась. По выходе в отставку проф. Буша, кафедра хирургии распалась: теоретическая хирургия перешла к проф. Савенко, оперативная хирургия с клиникой — к проф. Саломону. Савенко и Саломон два ученика Буша, как бы два брата, разделившие наследство Буша и продолжавшие развивать его преподавание.

Оба они в 1818 г. были посланы за границу, посетили Германию, Австрию. Францию и Англию, повидали Dupuytren'а в Париже, Astley Cooper в Лондоне. В Германии они изучали главным образом глазные болезни, ибо хирургия в Германии стояла на низком уровне развития. Для характеристики сказанного, интересно привести *по Поздееву* буквальную выписку из отчета Савенко и Саломона, присланного ими из-за границы. „Что же касается хирургии (в Германии) то мы в сей части всю пору оставались почти бездейственны, и тогда только посещали хирургические лекции и клиники, когда имели свободные часы от упомянутых занятий (по офталмологии), но и тут мы научились только тому, как не должен поступать медик с больными. Холодная и теплая вода, в соединении с суровыми операциями, суть единственные средства во всех почти болезнях, кои большею частью представляются силам натуры. „Мы употребляли", говорит hydromedicus, „холодную и теплую воду, но все тщетно, теперь ничего более не остается делать, как предоставить болезнь натуре". Сии слова составляют большею частью надгробную для несчастных, попавших в хирургическую клинику. Вообще хирурги находятся здесь в самом небрежном состоянии и имеют значение почти такое же, как наши фельдшера: они составляют самую низшую степень медицинского сословия и вообще суть люди без всяких предварительных познаний". Саломон остался доволен только одним Лангенбеком (отцом), „говоря, что он прожил 3 месяца в Геттингене с большой пользой для хирургии, окулистики и анатомии, и благодарен главным образом проф. Лангенбекку, у которого имел несколько приватных курсов" (стр. 29).

Приведенный отзыв командированных из академии за границу молодых врачей касательно хирургии в Германии, обнаруживает с несомненностью, что в России, в частности в Академии, преподавание хирургии Бушем было поставлено так высоко, что Германия давала мало; за новостями надо было обращаться во Францию и Англию. Как профессор, получивший заграничную отшлифовку, Саломон с одной стороны усовершенствовал преподавание, с другой развивал практическую хирургию. В 1840 г. он издал руководство по оперативной хирургии. „Это руководство представляет собой прекрасный для своего времени учебник" (*Поздеев*, стр. 31). „Он первый в России произвел перевязку внутренней подвздошной артерии в 1825 г., первый перевязал успешно общую подвздошную артерию в 1837 г., первый произвел и у нас литотрипсию, помощью разбивателя Herteloup" (*Поздеев*, стр. 30). „Имя Саломона было известно и за границею, так в „Gazette médicale de Paris" за 1837—1840 г., мы встречаем описание некоторых из его операций (например: наложение лигатуры на art. il. com. и резекции), а также похвальные об нем отзывы, при чем имя его ставится на ряду с знаменитыми иностранными хирургами" (*Ландшевский*, стр. 77).

Как стояло преподавание хирургии в Академии при Савенко и Саломоне, видно из следующего. В 1835 г. введен пятый курс для обучения студентов. Конференции пришлось заняться перераспределением лекций. В комиссию были выбраны и Савенко, и Саломон. Результат работы комиссии и обсуждения вопроса в конференции, что касается преподавания хирургии в связи с анатомией, выразился в следующем.

„На 1-ом курсе профессор анатомии преподает физиологическую и патологическую анатомию, с применением ее к хирургии—6 час. в неделю: затем повторяет анатомию—2 часа (Буяльский с прозекто-

ром и помощником прозектора. Всего 30 час. на этом курсе).

На 2-ом курсе проходится тем же профессором анатомия вторично—6 час. в неделю, при чем главное внимание обращается на топографическую (хирургическую) анатомию с преподаванием на трупах в течение зимы—также по 6 час. в неделю, в другое время повторение на препаратах—2 часа в неделю (всего 34 часа).

На 3-м курсе читается общая и частная теоретическая хирургия—6 час. в неделю (проф. Савенко без адъюнкта), хирургическая клиника с окулистическою—4 часа (Саломон), патологическая анатомия—2 ч.; проходится десмургия, механургия и малые операции—1 час. (адъюнкт-профессор при кафедре оперативной хирургии и хирургической клиники с окулистическою) Рклицкий, который помимо этого, разделяет постоянно клинические труды проф. Саломона и делает частые репетиции отделов, пройденных из общей, частной и оперативной хирургии—1 ч. в неделю (Рклицкий). При этом студенты обязаны посещать хирургическую (и терапевтическую) клинику только в качестве субкураторов, или помощников студентов 4-го курса. (Всех лекционных часов на 3-ем курсе также 34).

На 4-ом курсе преподаются общая и частная хирургия со включением теоретической окулистики во второй раз—6 час. в неделю (проф. Савенко), оперативная хирургия со включением глазных операций и хирургическая клиника с окулистической—6 час. (Проф. Саломон и ад.-проф. Рклицкий), разбор клинических историй болезни—1 ч. в неделю. Наконец, на повторение оперативной хирургии положен 1 ч. в неделю (Рклицкий). При этом студенты 4-го курса, при посещении хирургич. (и терапевт.) клиники, принимают деятельное участие в лечении больных, под руководством профессора. Каждый студент в течение этого года должен публично сделать анатомо-физиологическую демонстрацию на предмет, заданный профессором анатомии. Сверх того, им вменяется в обязанность упражняться повторно в топографической анатомии под руководством профессора анатомии или его помощника (всех часов тоже 34).

На 5-ом курсе производится повторение оперативной хирургии с упражнениями в производстве хирургических операций на трупах—4 ч. в неделю

(всех часов 16). Кроме того, студенты 5-го курса обязаны посещать госпиталь по утрам и вечерам, где они должны заниматься лечением больных, под руководством главного доктора и госпитальных ординаторов". (*Поздеев*, стр. 32—33).

Из приведенного плана совершенно очевидно, что преподавание хирургии обращало на себя самое серьезное внимание. Тут и практические занятия, и клинические занятия, и занятия по десмургии, и производство операций одним словом, все, что можно было преподавать и насколько возможно широко— было преподаваемо.

Теперь вернемся к проф. Саломону. Из приведенной программы видно, что его обязанности были довольно сложны. Несмотря на это, он занимался научно и с большой энергией. Перечень его работ, приведенный *Ландшевским*, занимает 52№. Все эти работы стоят на уровне тогдашних европейских достижений. Нельзя не заметить, что перевязка напр. внутренней подвздошной артерии или общей подвздошной артерии относятся и по сейчас к разряду тяжелых и технически трудных операций. Проф. Саломон их производил, даже с успехом. Его стремление к дальнейшему усовершенствованию преподавания хирургии продолжалось и тогда, когда на сцену в Академии появился Пирогов.

„За свою деятельность по клинике, сначала в качестве помощника проф. Буша, а потом самостоятельного преподавателя, т. е. с 1822—1846 г., Саломон сделал 411 больших операций. 257 операций—как помощник профессора и 154 операции во время своего заведывания клиникою".

„К большим операциям принадлежат:

литотомий	76	вырезание глаза	2
литотрипсий	8	трепанаций	1
грыжесечений	8	операций аневризм	12
вырезание плеча	1	резекций большеберцов. кости	2"

Если сравнить приведенное количество операций с количеством производимых операций в настоящее время, то число операций Саломона покажется просто мизерным. В Европе количество операций, производимых выдающимися хирургами, было несравненно большее. Но это уже вина малости клиники прежде всего; далее, это отчасти вина начала 19 столетия, когда на операции смотрели с большим трепетом; до известной степени, это результат точки зрения Саломона, который говорил, что „стремление новейшей хирургии состоит в том, чтобы местные страдания, составляющие часто отражение общих страданий, или производящие сии, последние устранить по возможности без болезненных оперативных действий. посредством правильно направленного общего и местного фармацевтического лечения. В этом отношении успехи хирургии замечательны тем, что уменьшилось число тех хирургических операций, которые сопряжены с обезображиванием тела, напр. ампутации, экзартикуляции, кастрации—производятся теперь гораздо реже, нежели прежде" (*„Замечания об успехах оперативн. хирургии в новейшее время" 1846 г., цит. по Ландшевскому*, стр. 89).

Если мы вспомним, что в средине 19-го столетия не было ни антисептики, ни обезболивания, то поймем взгляды Саломона. Мучить операциями без наркоза больных для того, чтобы их через несколько дней потерять от заражения, не было смысла. Предпринимались такие операции, мучения во время которых искупались большим вероятием на излечение.

Если проф. Савенко, проф. Саломон представляют собой европейски образованных хирургов, стоявших на высоте хирургических знаний, то третий их сотоварищ—проф. Буяльский обнаруживает яркие черты новаторства. Чтобы сразу охарактеризовать Буяльского, как хирурга, напомню, что он выручал проф. Буша в тяжелых случаях—это прежде всего, а Буш был опытный хирург; кроме того, приведу отзыв об нем Са-

ломона: „если-б мне,“ говорил Саломон: „пришлось подвергнуться операции аневризмы, то я во всем свете доверился бы только двоим: Astley Cooper и Буяльскому“ (*цит. по Ландшевскому*, стр. 76). Буяльский—это хирург виртуоз, каких еще Россия не видывала; это хирург с громадным опытом—„он произвел более 2000 операций“ (*Ландшевский*, стр. 32), он первый с успехом произвел резекцию верхней челюсти—одну из очень тяжелых операций; первый ввел в России крахмальную повязку. Его блестящая работа об аневризмах (1823 г.) отличалась своеобразными взглядами на происхождение аневризм. „Этот труд обратил внимание специалистов-хирургов не только в Европе, но и в Америке“ (*Ландшевский*, стр. 31). „Лопаточка“ Буяльского до сих пор составляет один из необходимейших инструментов всевозможных операций, до такой степени она проста, удобна и полезна. Его прекрасный труд, касающийся литотрипсий и литотомий (1852 г.), снабженный идеальными таблицами, делает честь русской хирургической литературе до настоящего времени. По этой именно работе можно сказать, до какой степени вопрос о лечении камней мочевого пузыря был разработан. Но и этого мало. Буяльский был и замечательным анатомом.

В 1833 году Буяльский назначен профессором анатомии в медико-хирургической академии. „Во все время“, пишет *проф. Таренецкий („Кафедра и музей нормальной анатомии за сто лет“. Спб. 1895 г.)*: „его одиннадцатилетней, самостоятельной профессорской деятельности, Буяльский с большим успехом сумел соединить ученую и учебную должность профессора с трудной, но блестяще выполненной задачей хирурга-оператора и публициста“ (стр. 62).

„Просто надо удивляться, как один человек“, продолжает *Таренецкий*: „мог выполнить подобную массу сложной, умственной и физической работы, работы полной разных душевных треволнений, успевая при всем

этом не только правильно вести свои лекторские обязанности, но также публиковать ряд во всех отношениях выдающихся ученых работ. До 1844 г. Буяльский без перерыва читал свои лекции анатомии в двух академиях (медико-хирургической и академии художеств), занимался приготовлением и собиранием анатомических препаратов и правильно участвовал во всех заседаниях и многочисленных комиссиях конференции академии. Кроме того, он состоял управляющим инструментальным заводом, консультантом Мариинской больницы (с 1831 г.), оператором при царско-сельском лицее и при всех военно-учебных заведениях (с 1833 г.), почетным членом медицинского совета (с 1837 г.) и главным доктором всех кадетских корпусов (с 1835 г.)" (стр. 62).

„Буяльский был избран в члены многих заграничных ученых обществ" (*Ландшевский*, стр. 31). Чтобы характеризовать его деятельность, начну со следующей выписки из сочинения *Таренецкого*:

„В 1828 г. вышла одна из крупнейших его работ, на русском и латинском языке, под заглавием: „Анатомо-хирургические таблицы, объясняющие производство операций перевязывания больших артерий, рисованные с натуры и гравированные на меди, с кратким анатомическим описанием оных и объяснением производства операций". Издание этого труда было предпринято Буяльским с 1825 г.: по его донесению, он имел намерение в последовательном порядке, подобным образом издавать всю оперативную часть хирургии, вследствие чего заглавный лист каждого из этих изданий носит название „анатомо-хирургические таблицы, печатанные по высочайшему соизволению и щедротами Е. В. императора Николая I". Император Николай Павлович, верно оценивая важную практическую пользу подобного сочинения, изъявил согласие взять все издержки издания на счет его кабинета, но полагая, что для такого труда недостаточно силы одного человека, пожелал, чтобы участвовали так же другие профессора специалисты. Конференция назначила тогда (1827 г). комиссию из Буяльского и профессоров Савенкова и Саломона под общим присмотром известного хирурга профессора Буша, при чем каждый член этой комис-

сии взял на себя издание известной области практической хирургии. Трудами этой комиссии были изданы два сочинения Буяльского и одно, о грыжах (Савенкова и Саломона, 1831—1835 г.), все три издания обошлись приблизительно около 30.000 р. Таблицы Буяльского, объясняющие анатомию и технику перевязывания больших артерий, были изданы in folio больших размеров, все рисунки в натуральную величину сделаны художником Зайцевым и гравированы Ухтомским, заглавная виньетка рисована Ивановым и резана известным Иорданом. Подобное роскошное издание произвело большую сенсацию не только в России, но и за границею: о нем печатались самые лестные отзывы даже в Америке и уже в 1829 г. оно было переведено на немецкий язык и издано за границей". (стр. 65).

Таким образом, мы видим Буяльского инициатором создания особой оперативной хирургии, инициатором коллективного издания, причем на самом деле издание вышло и роскошное, и поучительное. Оно не могло не обратить на себя внимания за границей; оно было переведено, как сказано, на немецкий язык, т. е. пошло из России за границу, а не обратно. Количество написанных им работ огромно— 115 заглавий. Среди них ряд крупных. Не могу не упомянуть о „фотографических рисунках вытравленных артерий и вен почек человеческих", 1863 г. В предисловии к этому изданию Буяльский пишет так:

„рисунки я хотел гравировать на стали и печатать в Лейпциге; но как это работа совершенно новая, не эстампная, и не ландшафтная, к которой граверы привыкли: то без личного надзора, могут сделать неверно, а поправить уже после не можно; почему я обратился к известному нашему художнику Александру Мюнстеру. Он взялся сперва сделать пробный рисунок на камне, и отпечатать красками; и вполне удовлетворил моему желанию. Тайный советник, доктор Илия Буяльский. 1862 г., 8-го сентября".

Это классическое сочинение, подобного которому не было еще почти нигде в Европе, ставит Буяль-

ского не только в ряды наиболее выдающихся хирургов, инициаторов, но и новаторов в истинном и хорошем смысле этого слова. После того, как Röntgen открыл свой Х-лучи, корроизионные препараты легко заменяются рентгеновскими снимками с налитых сосудов. Предложение д-ра Н. В. Вихрева (1898 г.) пользоваться для рассматривания таких налитых сосудов в органах стереоскопически, окончательно разрешило задачу изучения ветвления сосудов в органах, но в начале 19-го столетия препараты Буяльского были единственным способом проникнуть в тайны распределения сосудов по органам. Вопрос этот до такой степени важен для практической хирургии, что я позволю себе привести некоторые выдержки из *сочинения Буяльского.*

Описание рисунков.

„1-ый рисунок. Налитая артерия почки взрослого человека, которой вся мясная часть вытравлена, и представляет вид густой ветви без листьев.

2-ой рисунок. Артерия и вена почечная вытравленные, тоже представляют вид кустарника без листьев; но гораздо чаще первого рисунка. На этих 2-х рисунках или препаратах налились одни только большие ветвички.

3-ий рисунок. Артерия и вена почечные, тою же композициею налитые. На этом препарате артерии налились до того удачно, что композиция проникла в самые тончайшие окончания оных, называемые волосными жилками (vasa capillaria); вен почти не видать: вероятно оставшаяся часть крови в оных венах препятствовала инъекции проникнуть до самого окончания. Весь препарат, как изображено на рисунке, представляет вид кустарника самого мелкого моха. На рисунке видны даже границы почечек бывших в младенческом возрасте“.

На самом деле, третий рисунок представляет собой поразительное доказательство первоначальной дольчатости почки, представляет собой доказательство существования тех полей кровеснабжения, тех границ, о которых в самые последние годы говорит,

на основании подробнейших исследований, школа проф. В. Н. Шевкуненко.

„Рисунки изображающие совершенно очищенные от мясных частей артерии и вены почек человеческих (arteriae et venae renum excarnatae), заслуживают особенное внимание потому во-первых:

Что в оных ни один изгиб, ни одна малейшая веточка не нарисована произвольно рукою живописца; а как они были на препаратах, так и передано фотографиею на бумагу.

Во-вторых: артерии и вены, как были налиты горячею массою (особенною композициею) в самой почке, так они все, до самых тончайших сосудцов, во время мацерации остались без малейшего изменения моею рукою; ибо до них нельзя дотронуться и хлопчатою бумагою; они от самого легчайшего дотрогивания ту минуту изломаются.

Налитые артерии и вены почек, очищенные от мясных частей, на препаратах так мелки и часты, что нарисовать прямо с препарата с совершенною точностью, решительно нельзя: несколько раз пробовали рисовать, но не могли.

Препараты когда нибудь должны изломаться, и весь труд пропадает; да и теперь никто их не видит: а потому мне хотелось срисовать и отпечатать; мне пришло на мысль снять рисунки прежде фотографиею, а потом уже гравировать, или литографировать; но когда рисунки были отфотографированы, то увидели затруднение, именно: на втором рисунке, или препарате, артерии налиты красным — киноварью; а вены темнозеленою, из венецианской яри, как обыкновенно прозекторы и препараторы наливают, которые цвета фотографиею изображаются темно; и потому на фотографических рисунках невидно было никакого различия, где артерии, и где вены. Почему надобно было фотографические рисунки с натуры — с препаратов раскрасить, и артерии от вен отделить, смотря чрез увеличительное стекло. Что было хотя весьма трудно; но все же несравненно легче, нежели нарисовать с препаратов“.

Отсюда видно, каких трудов и хлопот стоило Буяльскому изготовить и зафиксировать свои препараты. Он подробно изложил способ инъекции сосу-

дов для коррозионных препаратов, изучивши его самым основательным образом. Нельзя ко всему сказанному не прибавить, что Буяльский „в свое время считался на всю Россию единственным врачем, знающим основательно искусство бальзамирования“ (*Тарецкий*, стр. 69). Он имел даже свой способ бальзамирования. По этому вопросу опять таки интересно привести справку исторического характера *по Тарецкому*.

„В конце тридцатых и в начале сороковых годов за границею стали усиленно заниматься отысканием различных способов для предохранения трупов от разложения... В 1841 г. иностранный доктор Дютфоя просит разрешение конференции забальзамировать в виде опыта ребенка 8—15 лет по способу парижского химика Ганналя. Тогда Буяльский обращается с такой же просьбой о разрешении ему произвести подобные опыты по своему собственному способу и в доказательство пригодности его представляет конференции голову ребенка, бальзамированную в 1817 г. и оставленную им у себя дома ни чем непокрытую в течение 24 лет. Конференция могла воочию убедиться, что свои доморощенные бальзамировщики знакомы с делом не хуже заграничных, и она постановила передать голову в музей и прекратить дальнейшие попытки к покупке секретных способов“ (стр. 69).

Приведенного вполне достаточно, чтобы не только показать, но и доказать, что Буяльский представлял собой крупный и разносторонний талант, интересующийся и хирургией, и анатомией, давший обоим наукам очень много, внесший свои начинания. Ко всему сказанному нужно добавить, что Буяльский был коллекционер: он оставил кафедре анатомии большую коллекцию препаратов, описание которых сам сделал.

Таким образом, не подлежит ни малейшему сомнению тот факт, что в спб. медико-хирургической Академии преподавание анатомии и хирургии стояло

на большой высоте, что преподавание хирургии ориентировалось на анатомию, что преподавалась хирургическая анатомия, что преподавалась патолого-хирургическая анатомия, что во главе преподавания хирургии стояли хирурги, которые пользовались большой славой и в России, и за границей (Буш, Саломон, Буяльский), издававшие иногда такие сочинения, которые переводились на иностранные языки, особенно на немецкий.

Поводом к приглашению Пирогова в Академию послужил выход в отставку профессора Савенко. Пирогов входит в Академию, когда там в полном расцвете сил работали и Саломон, и Буяльский. Причину приглашения Пирогова на кафедру нужно искать во всяком случае не в упадке преподавания хирургии в медико-хирургической Академии, не в отсутствии в ней хороших и знающих хирургов.

13-го декабря 1838 г. высочайшим указом медико-хирургическая Академия переведена из министерства внутренних дел в военное министерство при министре Александре Ивановиче Чернышеве. „Попечителем ее был назначен директор департамента военных поселений генерал-адъютант Петр Андреевич Клейнмихель".

ГЛАВА X.

Московский медицинский факультет.

Когда следишь за развитием истории русской хирургии, то невольно спрашиваешь себя: какое же значение имел для этого развития Московский университет с его медицинским факультетом? Первая медико-хирургическая школа была открыта в Москве Бидлоо в 1706 г. Проект Шувалова о Московском университете был утвержден императрицей Елизаветой 12-го января 1755 г. Открыт университет 26-го апреля 1755 г. Университет первоначально состоял из трех факультетов, среди них имелся медицинский факультет с тремя кафедрами: химии с применением к химии аптекарской, натуральной истории, анатомии с медицинской практикой (*Шевырев. История императорского московск. университета. Москва* 1855 г.). Первым профессором медицинского факультета был доктор медицины Иоганн Христиан Керштенс. В то же время он состоял врачем университетской больницы. „Керштенс замечателен тем, что он, в течение десятилетней практики, познакомился весьма основательно с болезнями, свойственными нашему народу и климату, и применился к местным средствам, которые предлагал против русских недугов“ (*Шевырев*, стр. 55).

В 1764 г. профессор Эразмус первый „открыл кафедру анатомии, хирургии и повивального искусства“ (стр. 130). Как я говорил выше, в спб. медико-хирургической школе с 1742 г. работал профессор

хирургии Шрейбер, который имел уже особую инструкцию вести преподавание практически, который пользовался палатой в сухопутном генеральном госпитале. Московский факультет таким образом отстал от введения специальной кафедры хирургии от спб. школы почти на четверть столетия. В Петербурге преподавание хирургии началось и на русском языке Щепиным в 1764 г.; в Московском университете преподавание на русском языке введено в 1767 г. Московский университет получил право давать степени доктора медицины в 1791 г., с.-петербургское училище — в 1786 г. Опять некоторая запоздалость в московском университете, объясняемая, вероятно, тем, что на петербургскую школу обращали больше внимания, ввиду пребывания правительства в Петербурге.

Так как в 1769 г. выбыл Эразмус, а в 1770 г. и Керштенс, то преподавание анатомии и хирургии поручено З ы б е л и н у. Преподавание велось чисто теоретически. К моменту открытия спб. медико-хирургической Академии, „даже медицинский факультет (в Москве), несмотря на сорокалетнее существование его, не имел своих клиник и для практического применения знаний посылал учеников своих в московский госпиталь на несколько месяцев и только по окончании этого срока выдавал им дипломы. Только в конце прошлого (18-го) столетия, а именно 10 февраля 1797 г., с разрешения медицинской канцелярии, в московском военном госпитале открыта постоянная клиническая палата, под управлением профессора патологии и терапии Матвея П е к к е н а. Она была снабжена всеми необходимыми принадлежностями клинического преподавания, но помещала в себе только 10 больных. Заведывал ею адъюнкт Е. М у х и н, а преподавал в ней лекции диагностики и терапии профессор Пеккен. Эта клиническая палата была первою московскою клиникою и существовала до учреждения академических клиник". (*Чистович, История первых медиц. школ.* стр. 415).

В истории московского университета *Шевырева* упомянуто, что в 1805 г. при университете появился „хирургический институт“ (стр. 366), что в 1846 г. хирургическая клиника вместо прежних 16 получила 60 коек“ (стр. 543). Казалось бы, наиболее точные данные можно почерпнуть из „*описания факультетской хирургической клиники*“ при московском университете *проф, А. А. Боброва* (*Москва*, 1897 г.). *Бобров* говорит так: „до 1846 г. медицинский факультет московского университета имел одну хирургическую клинику на 15 кроватей“. Очевидно что эти 15 кроватей и относятся к „хирургическому институту“, существовавшему с 1805 г.

Историческая ошибка при введении высшего медицинского образования в России заключалась в том, что оно ставилось почти исключительно на теоретические рельсы. Начинания Бидлоо, старания Кондоиди, практический пример Шрейбера—все было недостаточно. Какая-то роковая сила влекла строителей в теоретическую сторону от практической. Это до такой степени так, что даже при Калинкинском институте, который должен, по проекту его основателей, сосредоточить, в себе все высшее медицинское образование, клиник все-таки не было. Проф. Бушу сравнительно быстро удалось завоевать себе клинику и развернуть ее из 13-коечной в 30-постельную. Москве так скоро это сделать не удалось. Пирогов, отлично понимавший значение клинического преподавания и выговоривший себе „госпитальную клинику“ ввел ее в спб. медико-хирургическую Академию в 1842 г. Москва такую же клинику получила в 1846 г., следовательно, опять отстала.

Отсюда становится вполне понятным тот факт, что в Московском медиц. факультете долго преподавание хирургии держалось на уровне чисто умозрительном. Если в медико-хирургических школах некоторый недостаток клинического преподавания пополнялся практическими курсами анатомии и оператив-

ной хирургии, если в медико-хирургической Академии в С.-Петербурге занятия по анатомии и оперативной хирургии были поставлены так высоко, что лучшие студенты 4-го курса допускались даже к операциям на больных, то московский факультет, в смысле подготовки по анатомии и оперативной хирургии, шел сильно сзади.

Что это на самом деле так, лучше всего явствует из показаний Пирогова. Как известно, Пирогов воспитанник медицинского факультета Московского университета. В „Вопросах жизни" он представляет свое жизнеописание и между прочим довольно подробно говорит о своем учении в университете. Считаю необходимым привести дословные выписки из сочинения Пирогова, чтобы обосновать с большей еще положительностью то утверждение, что Московский факультет не имел почти совсем возможности вести преподавание анатомии и хирургии практически, что Московский университет, вернее, его медицинский факультет, в течение первого пол-столетия своего существования, и даже больше, преподавал медицину чисто умозрительно. И тем не менее он умел внушить учащимся любовь к науке, зажигать страсть именно к практическим наукам, чему доказательством служит прежде всего Пирогов.

„Наглядность учения и демонстрацию можно было найти только на лекциях Лодера; но и при изучении анатомии от студентов вовсе не требовали обязательного упражнения на трупах. Я, во все время моего пребывания в университете, ни разу не упражнялся на трупах в препаровочной, не вскрыл ни одного трупа, не отпрепарировал ни одного мускула и довольствовался только тем, что видел приготовленным и выставленным после лекций Лодера. И странно: до вступления моего в Дерптский университет я и не чувствовал никакой потребности узнать что нибудь из собственного опыта, наглядно" говорит Пирогов.

„Я довольствовался вполне тем, что изучил из книг, тетрадок, лекций".

„Я сказал, сейчас, что это странно. Нет, вовсе не странно, когда большая часть моих наставников была того же убеждения". (стр. 308)... Физиология того времени в Московском университете преподавалась по книге; а книга была физиологиста Ленгрссэка на латинском языке, перепечатанная в Москве с прибавлениями и комментариями Е. О. Мухина. (стр. 309)... „Не надо забывать, что все это было во времена оны, когда хоронили на кладбищах с отпеванием анатомические музеи (в Казани, во времена Магницкого) и когда был поднят в министерстве народного просвещения или в министерстве внутренних дел вопрос: нельзя ли обходиться при чтении анатомических лекций без трупов, и когда в некоторых университетах (в Казани) и действительно читали миологию на платках".

„Профессор анатомии -рассказывали мне его слушатели привяжет один конец платка к acromion и спинке лопатки, а другой—к плечевой кости, и уверяет свою аудиторию, что это m. deltoideus".

„Хирургия,—предмет, которым я почти вовсе не занимался в Москве- -была для меня в то время наукою неприглядною и вовсе непонятною. Об упражнениях в операциях над трупами не было и помину; из операций над живыми мне случилось видеть только несколько раз литотомию у детей и только однажды видел ампутированную голень. Перед лекарским экзаменом нужно было описать на словах и на бумаге какую-нибудь операцию на латинском языке, и только! Фед. Анд. Гильдебрандт, искусный и опытный практик, особливо литотомист, умный остряк, как профессор, был из рук вон плох. Он так сильно гнусил, что, стоя в двух, трех шагах от него на лекции, я не мог понимать ни слова, тем более, что он читал и говорил всегда по-латыни. Вероятно, профес-

сор Гильдебрандт страдал хроническим насморком и курил постоянно сигарку. Это был единственный индивидуум в Москве, которому было разрешено курить на улицах. Лекции его и адъюнкта Альфонского состояли в перефразировании изданного Гильдебрандтом краткого, и краткого до nec plus ultra, учебника хирургии на латинском языке".

„И так я окончил курс; не делал ни одной операции, не исключая кровопускания и выдергивания зубов, и не только на живом, но и на трупе не сделал ни одной и даже не видал ни одной, сделанной на трупе, операции" (стр. 313).

Итак, с несомненною ясностью можно считать доказанным, что между преподаванием в медико-хирургической Академии и на медицинском факультете Московского университета имелась огромная разница. Пирогов поступил в университет в сентябре 1824 г. Тогда в академии хирургию преподавал проф. Буш со своими репетиторами и адъюнктами, из которых вышла целая серия профессоров. Студенты упражнялись в операциях на трупах сами, студенты иногда сами производили операции над больными. Если Пирогов за все время своего студенчества видел только „одну ампутированную голень", то в Академии, как я указывал, ампутация голени входила в число операций, проделываемых студентами над больными.

Если преподавание в Академии отличалось в хорошую сторону от преподавания в Московском факультете, то остальные факультеты еще более отставали. Чрезвычайно характерен рассказ Пирогова о том, как в Казани читалась миология на платках. Совершенно естественно, о чем мною было выше упомянуто, что, при таком положении вещей, из Харькова присылали к проф. Бушу для совершенствования. Преподавание в Академии именно хирургии было так высоко поставлено, что Саломон и Савенко с критикой, и жестокой критикой, относились к хи-

ру́ргам Германии. Только такие корифеи хирургии, как Дюпюитрен, Купер привлекали молодых хирургов из Академии своей оригинальностью, своими знаниями и своей талантливостью.

Еще раз повторяю, что именно при таком положении вещей Пирогов вступил в Академию профессором.

ГЛАВА XI.

Отношение Пирогова к медико-хирургической Академии.

В 1838 г. Академия перешла в ведение военного министерства. В 1839 г. Пирогов получил приглашение занять кафедру хирургии в Академии. В 1842 г. он ее занял и вступил членом конференции, где уже заседали и проф. Саломон, и проф. Буяльский. Такой беспристрастный и умный исследователь, как *проф. А. И. Таренецкий* отмечает, что „отношения Пирогова к своим товарищам по службе также не отличались особенной душевной полнотой; многие его считали неуживчивым и тяжелого характера, другие завидовали его успехам. До некоторой степени эти отношения ухудшались еще от того, что Пирогов тотчас после своего перехода из Дерпта был заодно с профессорами немецкого происхождения: Бэром, Зейдлицом, Эйхвальдом (отцом) и др. Считая себя обиженным некоторыми постановлениями конференции, Пирогов по целым годам не участвовал в ее заседаниях. При всем этом нельзя не согласиться, что в случае нужды та же конференция всегда показывала себя по отношению к Пирогову на высоте своего призвания; были, может быть, исключения со стороны известного кружка, но в общем все начинания Пирогова находили сочувствие и поддержку большинства конференции“ (стр. 162).

Несомненно, трения между конференцией и Пироговым были и нужно беспристрастно их разобрать

именно здесь, ибо в этих трениях замешаны и Саломон, и Буяльский, т. е. замешаны очень крупные хирурги.

Чтобы разобраться в этом вопросе, проще всего и лучше всего сразу обратиться к „*Вопросам жизни*“ *Пирогова*, где он излагает свои взгляды на Академию, при чем излагает их уже на старости лет, рисуя свои взгляды в виде воспоминаний. Приведу рассказ Пирогова целиком.

„Научные занятия мои (в Дерпте) продолжались попрежнему; им суждено было, однакоже, принять другое направление и другие размеры“ (стр. 500). Это было в 1839 г., т. е. тогда, когда Пирогов занимал уже кафедру хирургии в Дерпте.

„Отдаленною тому причиною был случившийся в с.-петербургской медико-хирургической Академии казус, заставивший ее перевернуться вверх дном.

Положение этого единственного в С.-Петербурге учебно-медицинского высшего учреждения было весьма странное; оно состояло в ведомстве министерства внутренних дел; президентом его был главный военно-медицинский инспектор, баронет Виллье, а назначение заключалось преимущественно в приготовлении военных врачей. Вследствие этого назначения, президент Академии Виллье счел даже ненужным учреждение женской и акушерской клиник.—„Солдаты не беременеют и не родят“, —говорил баронет,— и потому военным врачам нет надобности учиться акушерству на практике“ (стр. 500).

„Все профессора медико-хирургической Академии были из воспитанников этой же Академии, что, конечно, не могло не способствовать развитию непотизма между профессорами, и, как это нередко случается, непотизм дошел до таких размеров, что в профессоры начали избираться почти исключительно малороссы и семинаристы одной губернии“ (стр. 501).

Это обвинение, которое Пирогов высказывал уже в 1880 г., заслуживает некоторого рассмотрения. Я, конечно, буду касаться хирургов, ибо разбираю историю хирургии.

Проф. Буш начал свое строительство в 1800 г. Сам он был немец и ученик Калинкинского училища. История развития медицины, в частности хирургии, сложилась так, что контингент студентов пополнялся из семинарий. В этом нет ничего такого, за что можно было бы бросить камнем в молодых представителей русской хирургии.

Помощниками проф. Буша были: Гаевский, сын дворянина, родившийся в г. Полтаве, первоначальное образование получивший в екатеринославской семинарии; Митрофанов, из духовного звания, родившийся в г. Холмогорах; Малахов, из дворян Черниговской губ., первоначальное образование получивший в Черниговской семинарии; Высоцкий, из духовного звания, родившийся в Москве, первоначальное образование получивший в духовной семинарии; Пеликан, литовец по происхождению, первоначальное образование получил в институте при Виленском университете; Саломон, сын чиновника, родился в г. Нарве, где и получил первонач. образование; Савенко, дворянского происхождения, начавший образование в Ново-московском уездном училище, окончивший его в Екатеринославской гимназии; Буяльский, из дворян Черниговской губ., первоначальное образование начавший в Новгород-Северском уездном училище, закончивший его в Черниговской духовной семинарии.

Из приведенной выписки видно, что на самом деле среди учеников проф. Буша было много семинаристов, но эти семинаристы оказались чрезвычайно дельными, даже выдающимися, как Буяльский. Из профессоров, вышедших из школы Буша, Пеликан, Саломон, Высоцкий никоим образом не относятся ни семинаристам, ни к малороссам „одной губернии". К Бушу и затем на кафедры попадали наиболее способные. Если многие из них были по первоначальному образованию семинаристы, так это объяснялось исторически сложившимися фактами. И с точки зрения беспристрастной истории надо только радоваться, что семинарии давали таких учеников, из которых

вышел и Буяльский. Имя Буяльского не меркнет даже рядом с именем Пирогова. А это был ученик Академии, ученик Загорского и Буша, семинарист, малоросс, из черниговской губернии.

Далее Пирогов продолжает свои воспоминания так:

„За исключением немногих профессоров, приобревших себе почетное имя в русской науке, остальная, большая часть, ни в научном, ни в нравственном отношениях, ничем не опережала золотую посредственность“ (стр. 501).

Я говорил, выше и доказал, что школа проф. Буша была блестяща. Один из биографов этой школы называет ее „гнездом орлов“. И на самом деле это так: наиболее скромный из этой школы проф. Савенко был европейски образованный профессор, выпустивший вместе с проф. Саломоном известные таблицы грыж. Про Саломона и Буяльского и говорить нечего—это были авторитеты европейской величины. Не беру на себя смелости оценивать достоинства терапевтов, но в отношении хирургов Пирогов был, конечно, не прав.

„В последнее время“, продолжает *Пирогов*: „однакоже, небольшая немецкая партия профессоров медико-хирургической Академии, поддерживаемая немногими русскими, причислила в профессоры терапевтической клиники заведывавшего морским госпиталем, доктора Зейдлица, ученика дерптского профессора Мойера, сделавшего себя уже известным в науке весьма дельным описанием первой холеры в Астрахани, монографией о скорбутном воспалении околосердечной сумки и приобревшего себе известность в медицинской петербургской публике своими глубокими практическими сведениями. Зейдлиц первый в России начал применять перкуссию и аускультацию в госпитальной и частной практике“ (стр. 501).

Не смею оспаривать достоинства Зейдлица, как ученого терапевта, но позволю себе заметить, что касательно его приоритета по применению аускультации и перкуссии в России, Пирогов впал в неточность.

„Буш", читаем мы в сочинении *Ландшевского*: „был знаком и применял метод выслушивания и постукивания, который употреблял до него оператор военно-сухопутного госпиталя и преподаватель хирургии Сапалович" (стр. 38).

Раз Буш пользовался и аускультацией, и перкуссией, очевидно, его ученики также прибегали к этим способам исследования больных. Несомненным остается то, что Зейдлиц принадлежал к „немецкой партии профессоров" и был „ученик Мойера", иными словами ученик того же учителя, у которого обучался и Пирогов.

„Но одна, —а я полагаю: и две, и три—ласточка еще не делает весны. Научный и нравственный уровень петербургской медико-хирургической академии, в конце 1830-х годов, был, очевидно, в упадке. Надо было потрясающему событию произвести переполох для того, чтобы произошел потом поворот к лучшему", пишет *Пирогов*.

„Какой-то фармацевт из поляков, провалившийся на экзамене и приписывавший свою неудачу на экзамене притеснению профессоров, приняв предварительно яд (а по другой версии—напившись до пьяна), вбежал с ножем (перочинным) в руках в заседание конференции и нанес рану в живот одному из профессоров".

„Началось следствие, суд; приговор вышел такого рода: собрать всех студентов и профессоров медико-хирургической Академии и в их присутствии прогнать виновного сквозь строй. А Академию, для исправления нарушенного порядка, передать в руки дежурного генерала Клейнмихеля".

„Вот этот то генерал, по понятиям тогдашнего времени, всемогущий визирь, и вздумал переделать академию по своему. Как ученик и бывший сподвижник Аракчеева—Клейнмихель не любил откладывать осуществление своих намерений в долгий ящик, долго умствовать и совещаться" (стр. 502).

Приведенный рассказ Пирогова я оставляю в полной неприкосновенности.

На основании официальных данных, история эта рисуется в следующем виде:

„Потрясающее событие вызвало переполох в Академии в 1838 г. Студент Сочинский получил плохую отметку на экзамене у профессора Нечаева и был исключен за дурное поведение. Он ворвался в конференц-залу во время заседания и едва не ранил Нечаева перочинным ножем. Профессор Калинский схватил Сочинского за руку, но получил от него рану в живот, к счастию неопасную. Затем рассвирепевший Сочинский ранил швейцара и унтерофицера. Он был наказан шпицрутенами и вскоре после того скончался. Полагают, что это прискорбное событие послужило причиной перехода Академии в военное министерство. *(Проф. Скориченко. Столетие военного министерства: императ. военно-медицинская Академия. 1902 г., стр. 102)*.

Вся эта история на непредубежденного читателя производит кошмарное впечатление: за то, что студент, может быть, даже сумашедший, провалившийся на экзамене, врывается в конференцию с ножем в руках и ранит одного из профессоров, несчастного студента пропускают сквозь строй, а Академию отдают на „исправление“ генералу Клейнмихелю, ученику и сподвижнику Аракчеева. Можно себе представить, в каком состоянии были профессора, предчувствуя разгром?! Для непредубежденного читателя, расправа дикая, глупая, позорная. Пирогов к этой расправе относился также без сочувствия.

„Несмотря на это“, пишет он: „одна мысль в преобразовании Академии Клейнмихелем была весьма здравая. Он непременно захотел внести новый и прежде неизвестный элемент в состав профессоров академии и заместить все вакантные и вновь открывающиеся кафедры профессорами, получившими образование в университетах“.

„Подсказал ли кто Клейнмихелю эту мысль, или она сама, как Минерва из головы Юпитера, вышла в полном вооружении из головы могущественного визиря, — это осталось мне неизвестным. Только в скором времени в конференцию вместо одного про-

фессора, получившего университетское образование, явилось целых восемь, и это я считаю важною заслугою Клейнмихеля“ (стр. 502).

Мысль Клейнмихеля с исторической точки зрения, вопреки мнению Пирогова, я считаю просто нелепой и на следующих основаниях: замещение кафедр в любом высшем учебном заведении должно происходить по конкурсу, независимо от того, какой высшей школе принадлежит лучший кандидат. Но насадить принципиально в какую нибудь школу, в частном случае, в Академию, профессорами лиц, обязательно не окончивших Академию, а непременно вышедших из университета,—да простит мне память Пирогова—я положительно считаю несуразной. Если на одну из кафедр попал Пирогов, то это, конечно, хорошо, но мог попасть не Пирогов, а кто нибудь совсем другой. К счастью затея Клейнмихеля, нелепая по идее, принесла пользу Академии. Но могла и сильно повредить. Думаю, на основании сопоставления исторических фактов, что идея такая не пришла в голову Клейнмихелю самому, а навеяна была ему напр. Зейдлицем. Думаю это потому, что именно Зейдлиц адресовался к Пирогову с пригласительным письмом, которое в истории не фигурирует; а после письма Зейдлица Пирогов обратился с письмом прямо к Клейнмихелю, а не в конференцию. Очевидно, у Клейнмихеля почва была подготовлена. В таком течении событий нет ничего невероятного, ибо Зейдлиц пользовался большой практикой, как практик мог быть вхож к Клейнмихелю и за спиной последнего орудовал. Самому генералу было бы трудно выполнить план засаждения Академии профессорами. Без Клейнмихеля „Академия и до сих пор, может быть, считала бы вредным для себя доступ чужаков в состав конференции“ (стр. 502), прибавляет Пирогов.

„Но к здравым понятиям такой начальнической головы учебного учреждения, как Клейнмихель, не

могло не присоединиться и бессмыслие. Клейнмихель объявил, что в самом цветущем состоянии Академия будет находиться тогда, когда он сделает всех студентов казенно-коштными; чтобы ни одного своекоштного не было в Академии. Задавшись этою мыслью, Клейнмихель разослал по всем семинариям империи приглашение – высылать желающих вступать в Академию семинаристов, на казенный счет с тем, чтобы они подвергались при Академии пробному экзамену, а которые не выдержат его, то будут отсылаться, на счет Академии, обратно" (стр. 502).

Можно себе представить, из каких элементов состоял этот материал для казенно-коштных студентов? Все, что было плохого в семинариях, монахи и попы сбывали с рук в Академию, благодаря казенным прогонам и суточным. Мало того: когда начальство Академии—как оно дрябло ни было—наконец убедилось, что из наплыва семинарской дряни ничего не выйдет, если ее хотя сколько нибудь не подготовят к принятию человеческого образа, то решено было учредить в Академии приготовительный класс для обучения семинарских новобранцев грамматике, арифметике и, если не ошибаюсь, даже и закону божию" (стр. 503).

Со строго исторической точки зрения, мера Клейнмихеля не представляла собой ничего нового: начиная с Бидлоо, переходя к Кондоиди, когда ощущалась потребность в комплектовании медицинских школ, прибегали к семинариям. До Клейнмихеля в Академии также училось много семинаристов. Несколько выше я перечислил ряд крупных имен хирургов, вышедших из семинарии. До известной степени ново было, может быть, то, что Клейнмихель всех студентов хотел превратить в казенно-коштных; да и это бывало в прошлом медицинских школ. Мнение же Пирогова, что „монахи и попы" сбывали в Академии всю „дрянь", прежде всего не оправдывается историей до-пироговского периода.

История после-пироговского периода также не может служить оправданием столь жестокого отзыва. Подтвердить это могу следующим образом.

В 1870 г. на кафедру госпит. хирургической клиники в Академии переводится из академической клиники проф. Богдановский. Это был один из наиболее выдающихся профессоров хирургии в Академии, как по широте образования. так и по серьезности преподавания, не говоря о научной деятельности. Между тем Богдановский был „сын священника Могилевской губ.; среднее образование получил в Могилевской духовной семинарии, по окончании которой, в 1853 г. поступил казенно-коштным студентом в медико-хирургическую Академию. В 1858 г. кончил курс в Академии первым. с дипломом на золотую медаль и премией Буша и первым же вошел в состав учрежденного тогда врачебного института для дальнейшего усовершенствования“ (*Белогорский. Госпит. хирург. клиника. Спб. Дисс. 1898 г.*)

Помощником проф. Богдановского был Помпей Яковлевич Мультановский. Он мало занимался наукой — это правда, но зато это был истинный виртуоз хирургии, артист своего дела, стяжавший себе громкую славу. Он первый в России произвел иссечение гортани. Он получил доктора медицины „honoris causa“. А между тем Мультановский „сын единоверческого священника, родился в Вятской губ. Среднее образование получил в Вятской духовн. семинарии, по окончании курса которой, в 1859 г. поступил казенно-коштным студентом в медико-хирургическую Академию. В 1865 г. окончил курс лекарем с отличием и с дипломом на золотую медаль, и тогда же оставлен во врачебном институте при Академии на 3 года“ (*Белогорский*, стр. 213).

Нельзя забывать, что в Томский, в Дерптский университеты семинаристы допускались еще в 20 столетии. Из среды этих семинаристов выходили отличные врачи, знающие хирурги и выдающиеся профессора.

„Для такого нового попечителя Академии, каким был сделан Клейнмихель“, говорит *Пирогов*: „конечно, нужен был и другой президент. Профессор Буш, бывший вице-президентом, вышел в отставку; на его место, хотя и с именем президента (которое носил Виллье) назначен был самим государем И. Б. Шлегель; а на кафедру хирургии, сде-

лавшеюся свободною по выходе в отставку профессора Буша, Зейдлиц пригласил меня“ (стр. 503). Таким образом, начинается история приглашения Пирогова на кафедру хирургии в медико-хирургической Академии. То, что передано сейчас Пироговым, не совсем отвечает действительности.

Из описания деятельности Буша видно. что назначение президентом академии Шлегеля так повлияло на маститого хирурга, что он вышел из конференции с протестом и больше в конференцию не являлся, хотя был ее непременным членом. Кафедра. на которую Зейдлиц приглашал Пирогова, освободилась за выхолом в отставку проф. Савенко. Буш покинул кафедру в 1833 г., оставшись непременным членом конференции.

Конечно, нельзя ставить в вину Пирогову того, что он не был детально осведомлен ни об истории развития медицины и хирургии в России, чем объясняются его жестокие выпады против семинаристов; нельзя ставить ему в вину и того, что он не знал деталей происшествий в Академии, не знал даже, на чью кафедру он приглашается (это все-таки странно), но выставлять в светлых красках Шлегеля*) в противовес Виллье, чернить таких представителей „русской“ партии, какими были немец Буш и его знаменитый ученик Буяльский - это уже историческая несправедливость, которая до известной степени характеризует и самого Пирогова.

„Я не согласился“, пишет он: „занять кафедру хирургии без хирургической клиники, которою заведывал не Буш, а профессор Саломон. Но, отказываясь, я в то же время предложил новую комбинацию. с помощью которой я мог бы иметь соответствующую моим желаниями кафедру в Академии. Комбинацию эту я предложил в виде проекта самому Клейнмихелю“ (стр. 503)

*) Сам Пирогов считал Шлегеля ничтожеством.

Несмотря на отрицательную характеристику Академии, Пирогов все-таки в нее стремился и возникает вопрос: почему? В Дерпте он уже имел кафедру; приобрел имя; менять лучшее на худшее, кажется, нет оснований. А между тем он предлагает „новую комбинацию". В этой комбинации не может не интересовать следующее: Пирогов, например, не знает, какого профессора он должен заместить, но в то же время отлично знает, к кому ему со своей „новой комбинацией" обратиться. Приглашение он получил от Зейдлица, он не знал, каким образом в голове Клейнмихеля родилась мысль о приглашении в Академию профессоров из университетов, хотя именно эту мысль Клейнмихеля находит „весьма здравой". Не зная о происхождении мысли, он отлично знает, к кому отправить свой проект; ведь он его не направляет к Зейдлицу, что было бы логично, а через Зейдлица в конференцию, т. е. на суд профессоров, а адресует его прямо к „всемогущему визирю" — генерал-адъютанту, графу Клейнмихелю. Такой ход дела, я, как профессор, одобрить не могу.

Проект Пирогова — учредить госпитальную клинику для студентов 5-го класса нужно считать исторически верным. 5-ый класс со своими программами, о чем речь шла выше, несомненно нуждался в дополнении и именно в дополнении клиникой. Мысль Пирогова, что „к слушанию госпитальных практических лекций должны быть допущены те студенты, которые уже сделали целый курс учения, следовательно, 5-ый класс студентов Академии" — мысль совершенно правильная, мысль, нашедшая себе сочувствие в конференции Академии.

Нужно заметить, что Клейнмихель „прислал записку Пирогова в конференцию медико-хирургической Академии с поручением рассмотреть ее и дать свое заключение". Рассмотрев предложение Пирогова в заседании своем 23-го февраля, конференция ответила, что „вполне разделяет мнение его (Пирогова), что учреждение новой кафедры при Академии для преподавания патологической и хирургической анатомии и для руководства студентов 5 кл. в госпитальной хирургии... принесет обучающимся в Академии величайшую пользу"... Конференция воспользовалась случаем и „вменила себе в обязанность донести, что учреждение другой подобной же кафедры для руко-

водства студентов в госпитальной терапии принесет не меньшую пользу" (*Белогорский*, стр. 11).

Из изложенного видно, что Пирогов относился к медико-хирургической Академии с мало скрываемой неприязнью. Тем не менее он стремился в нее, желая, при помощи Клейнмихеля, осуществить свои замыслы расширения преподавания, расширения и углубления научных исследований. Пирогов назначен в Академию 26-го ноября, 1840 г. „В 1842 г. граф Клейнмихель призван на другой пост государственной службы" (*Прозоров. Материалы для истории импер. спб. мед.-хирург. Академии, СПБ. 1850 г.*) Таким образом, переход Пирогова в Академию и первые годы его деятельности там связаны с Клейнмихелем. Пирогов находился под высокой покровительственной рукой Клейнмихеля. Это имеет некоторый исторический интерес и объясняет отчасти, в связи с некоторым недоброжелательством Пирогова по отношению к Академии, отношение к нему, также несколько недружелюбное, со стороны части конференции Академии.

ГЛАВА XII.

Пирогов и конференция медико-хирургической академии.

Проект Пирогова, поданный им в виде письма Клейнмихелю и препровожденный последним на заключение конференции Академии, заключался в трех главных пунктах: 1) учреждение на 5-ом курсе госпитальной хирургической клиники. К этому предложению конференция присоединилась и прибавила от себя пожелание учредить для 5-го курса и госпитальную терапевтическую клинику. 2) Учреждение при той же кафедре преподавания патологической и хирургической анатомии. С этим конференция также согласилась. 3) Предоставление Пирогову места старшего доктора госпиталя. Конференция указала на неудобства такого совмещения, ибо Пирогов тогда будет завален административными обязанностями. Конференция нашла выход, предлагая, чтобы Пирогов занял место второго помощника старшего доктора, но „чтобы он во всех действиях относительно пользования больных не был зависим от старшего доктора“ (*цит. по Белогорскому*, стр. 11).

Заключение конференции и письмо Пирогова отослано Клейнмихелем Тарасову, в ведении которого находился 2-ой военно-сухопутный госпиталь. Тарасов довольно скоро уведомил Клейнмихеля о возможности открыть хирургическое отделение. Привлечение военно-сухопутного госпиталя к учебно-ученым целям — вторая крупная заслуга Пирогова перед не только русской хирургией, но и русской медициной, ибо по его почину, впоследствие весь госпиталь отошел под

клиники Академии в Петербурге, а в других городах в военных госпиталях также были развернуты госпитальные клиники.

Казалось бы, все дело сделано, а в это время министр народного просвещения Уваров никак не соглашался выпустить Пирогова из Дерптского университета.

Существует целый ряд статей *С. Я. Штрайха*, посвященных Пирогову. Между ними одна озаглавлена так: „Н. И. Пирогов в борьбе за свою научную свободу" *(Русский Врач, 1916, № 44)*. В этой статье собрана переписка Пирогова по поводу его перевода из Дерпта в медико-хирургическую Академию. Ряд писем Пирогова—это ряд просьб о переводе. Совершенно очевидно, что Пирогов, зная о возможности и организации госпитальной хирургической клиники, о приемлемости его проекта преподавания патологической и хирургической анатомии, уже все более и более стремился в Петербург на новое, более широкое поприще. Можно думать, что дерптские профессора видя в нем стремление уйти от них, т. е. от тех, кто его оценил, к нему охладели, а он охладел к Дерпту. Положение со всех точек зрения становилось натянутым, а министр народного просвещения не желал отпускать Пирогова, ценя его значение для Дерптского университета.

В одном из своих писем к Уварову Пирогов выражается так: „решите наконец мою участь. Напряженное состояние духа, в котором я беспрестанно нахожусь теперь, чувствую, не может продолжаться долго; оно должно окончиться, -я это предвижу или потерею рассудка или совершенным изнурением,—и уже самосохранение заставляет меня теперь утруждать вас". Думаю, что эта выписка, которую *Штрайх* называет „воплем отчаяния", характеризует Пирогова, как человека страстного и неуравновешенного.

Как бы то ни было, Пирогов в конце концов получает кафедру госпитальной хирургической клиники,

Теперь я поведу историю его отношений к конференции, пользуясь еще неопубликованным в такой мере материалом, т. е. протоколами заседаний конференции медико-хирургической Академии. Напомню только, что в этой конференции уже заседали и проф. Саломон. и проф. Буяльский оба видные хирурги. Если проф. Саломон, на самом деле, не может равняться с Пироговым, хотя был несомненно выдающимся хирургом, то Буяльский нисколько не меркнет перед Пироговым. Пирогов — гений, Буяльский—исключительный талант. Пирогов, как я говорил, начинает второй период истории русской хирургии, Буяльский блестяще кончает первый период ее развития. Буяльский интересен тем, что он вырос в русской школе, получил лишь заграничную отшлифовку, сам был русский и к концу первого периода истории русской хирургии доказал, что русский хирург может сделаться известным на весь мир, благодаря своим исследованиям. Пирогов, начиная второй период русской истории, это подтвердил и окончательно утвердил.

Если сравнивать пока Буяльского и Пирогова, то оба они блестящие хирурги, оба блестящие анатомы, оба новаторы; у Пирогова преимущество, и громадное, в отношении создания учения о хирургии войны. Этого у Буяльского совсем нет. У Буяльского блестящее выполнение анатомических заданий, хотя бы его вытравленные препараты. Но, как сказано, идея таких препаратов все-таки была и раньше. Пирогов создал распилы замороженных трупов и скульптурную анатомию — высекания органов из замороженного состояния. Наконец, Пирогов создал свою операцию. Значит, Пирогов несомненно выше Буяльского. Я только говорю, что Буяльский рядом с Пироговым не меркнет.

Выдержки из протоколов заседаний конференции я начну с 1840 г., когда было заслушано в конференции письмо Пирогова, адресованное Клейнмихелю.

При этом приведу некоторые, относящиеся к характеристике переживавшегося времени данные и некоторые сопоставления.

Протокол заседания конференции от „1840 г. Января 13 дня“ (№ 1).

„Слушали предписание Господина Директора Департамента Военных Поселений, Генерал-Адъютанта и кавалера графа Клейнмихеля:

... 3) О представлении его сиятельству копий протоколов конференции, от 31 декабря № 3800, которым его сиятельство предлагает конференции. после каждого ее заседания, представлять копии с журналов, в которых должно быть подробно изложено мнение каждого из членов и общее определение конференции. Определено: принять к должному исполнению“.

Это историческое предписание нуждается в некоторых комментариях. Не подлежит никакому сомнению, что члены конференции обсуждали вопросы, поступавшие на их рассмотрение, при чем иногда выражали мнения, не совсем согласные с видами начальства. Не подлежит никакому сомнению, что Клейнмихель имел в конференции свои „уши“, которые ему докладывали о происходящих в конференции прениях. А между тем в протоколах значилось: „слушали“, „определили“. Терроризированная конференция выходила из могущих возникнуть для отдельных ее членов неприятностей таким образом, что прения не протоколировались. С исторической точки зрения, протоколы начала сороковых годов потому несомненно проигрывают, но судьба заставляла быть осторожным. Что мое объяснение соответствует истине, видно из того, что на предписание Клейнмихеля последовало: „определено принять к должному исполнению“, а между тем ни в протоколах 1840, ни 1841, ни даже 1842 годов и далее прения не изложены. Все ограничивалось: „слушали“ и „определено“.

При таком настроении конференции, в заседании „1840 года февраля 17 дня“, № 6. Слушаны: предписание.. Клейнмихеля. Относительно определения г. Пирогова при здешней Академии. 1, от 10-го февраля за № 453, при котором препровождая просьбу ординарного профессора Дерптского университета Пирогова, желающего поступить на службу по Академии,

его сиятельство поручает конференции рассмотреть эту просьбу и, с возвращением оной, представить свое заключение".

„Конференция Академии, рассмотрев означенную просьбу профессора Дерптского университета Пирогова, определила, с возвращением оной, донести его сиятельству, что она вполне разделяет мнение г-на Пирогова, что учреждение новой кафедры при Академии, для преподавания патологической и хирургической анатомии и для руководства студентов 5 класса в госпитальной хирургии, равно и умножение анатомо-патологического и анатомо-хирургического собрания, — принесет обучающимся в здешней Академии величайшую пользу тем более, если все это предоставлено будет г. Пирогову известному не только в России, но и за границей своими отличными талантами и искусством по оперативной хирургии.

„Так как должность старшего доктора, с которою сопряжена очень обширная и многотрудная хозяйственная часть, была бы для г. Пирогова, при профессорских его занятиях, слишком обременительна и как признано весьма полезным, чтобы старший доктор госпиталя имел двух помощников, на место одного старшего лекаря, то желательно, чтобы г. Пирогов помещен был на одну из этих должностей, с тем однакоже, чтобы он в своих действиях, относительно пользования больных, не был зависим от старшего доктора. В таком случае назначить г-ну Пирогову от госпиталя жалованье, казенную квартиру и прочие довольствия, по положению, а сверх того от Академии 5 тысячь в год ассигнациями, наравне с прочими профессорами. Посему г. Пирогову, предполагается поручить: как профессору преподавание патологической и хирургической анатомии и усовершенствование кабинетов, к сим отраслям медиц. наук принадлежащих; а как помощнику старшего доктора — не только производство важных хирургических операций и пользование больных, наружными болезнями одержимых, но и при постелях их клиническое наставление студентов 5-го класса.

„К сему присовокупить, что учреждение другой подобной же кафедры, для руководства студентов в госпитальной терапии, принесет не меньшую пользу. Если его сиятельство найдут таковое представление конференции удобоисполнимым, то она полагала бы представить эту должность известному по сей части

клиническому преподавателю, с определением его, если пожелает, также помощником старшего доктора госпиталя, на тех же основаниях, как г. Пирогова, и с производством ему от Академии жалованья, наравне с ее профессорами".

Отсюда видно, что конференция встретила проект Пирогова очень дружелюбно, исправила его в смысле необременения Пирогова административными обязанностями и усовершенствовала его, естественно добавив госпитальную терапевтическую клинику. Конференция воспользовалась случаем, чтобы пополнить пробел образования на 5-ом классе и поставить его так, как оно стоит до сих пор во всех университетах. Это уже заслуга не Пирогова, а конференции Академии. Его мечты о широкой работе по хирургии претворялись в факт улучшения и расширения медицинского практического образования вообще.

Не буду касаться истории возникновения госпитальной терапевтической клиники, хотя история эта очень интересна. Буду следить за развитием хирургии, в связи с переживавшимся временем. В протоколе № 17 „1840 года мая 25 дня" среди предписаний Клейнмихеля значится: „2) от 22 мая за № 1583 о том, что усматривая из протоколов конференции, его сиятельству представляемых, что весьма часто собрания бывают не в полном числе членов, его сиятельство просит сотрудников своих, не отвлекаться другими собственными занятиями от прямой их обязанности в заседаниях конференции. Определено: принять к должному исполнению". Что это явный выговор по отношению к некоторым членам конференции, стоит вне сомнения. Спрашивается: кого касается этот выговор? Судить о решении такого вопроса можно на основании протоколов конференции. Проф. Таренецкий говорит, и он совершенно прав, что Буяльский был одним из самых ревностных членов конференции. Из 6 заседаний до присылки письма Пирогова в конференцию Буяльский не пропустил ни одного заседания. Нужно думать, что планы Пирогова не совсем совпадали с планами Буяльского; нужно думать что он не совсем сочувствовал привилегированному положению Пирогова. Нужно думать это потому, что после заслушания письма Пирогова и после постановления конференции, которое приведено мною выше, до

выговора Клейнмихеля из 10 заседаний Буяльский участвовал лишь в 6; 4 заседания он пропустил; он, так сказать, протестовал. Последовал выговор, который, очевидно, в первую голову касался именно Буяльского. Началась борьба Пирогова с ним, борьба, еще в отсутствии Пирогова, но ведомая сторонниками Пирогова при помощи Клейнмихеля. Что мои предположения весьма близки к истине, подтверждается тем обстоятельством, что из последующих 19 заседаний конференции (их было всего за 1840 г. 36) Буяльский пропустил только одно.

Значит, Буяльский уже из-за Пирогова получил выговор, и, очевидно, не был очень счастлив и доволен слагающимся положением вещей. Пирогов и Буяльский, две наиболее исторически крупные фигуры в хирургии, конец первого и начало второго периодов истории русской хирургии очутились лицом друг перед другом в недружелюбных положениях, готовые к борьбе за первенство в науке, которой каждый из них был предан даже до страсти.

Таким образом, трения в конференции начались до назначения Пирогова профессором, но по поводу его назначения. В трения сразу был втянут Буяльский. Между двумя такими выдающимися людьми, как Пирогов и Буяльский, должна была начаться борьба в смысле соревнования в научной и практической деятельности. Такое соревнование необходимо, как залог прогресса науки. Фактически, соревнование научное, соревнование практическое нередко переходят в личную борьбу с применением различных, даже некрасивых, средств наступления и защиты. В этом отношении очень характерен рассказ Пирогова о парижских хирургах 30-х годов 19-го столетия. Блестящий Лисфранк на своих лекциях поносил своих коллег-хирургов, называя одного из них „подлой шкурой“, другого „попугаем“ и т. д. Свести соревнование на борьбу идей, на борьбу научных и практических достижений, проявляя полную терпимость к соконкуренту—удел очень и очень немногих. Ни Буяльский, ни Пирогов такими качествами не обладали.

Пока шло дело о переводе Пирогова в Академию, шло и другое дело о переводе из Казани проф. Дубовицкого. Пирогов, как было уже говорено, отказался занять кафедру теоретической хирургии, оставшуюся после проф. Савенко. Конференция предложила занять эту кафедру профессору казанского университета Дубовицкому.

Дубовицкий также относится к разряду столь выдающихся людей, в частности хирургов, что об нем нельзя не сказать несколько слов. Кстати он был и современником, и сочленом конференции как Буяльского, так и Пирогова. К моменту перехода в Академию, Дубовицкий, как практический хирург, уже был недейственен, ибо „имел сведение локтя и неподвижность ручной кисти“ после перелома предплечия. Его обширнейшая программа теоретической хирургии поражает и сейчас своей полнотой. Он первый начал преподавать в истинном смысле слова хирургическую диагностику. Его программа 1844 г. показывает, до какой степени далеко шагнула хирургия с начала основания Академии, с периода преподавания Буша. Еще более замечателен Дубовицкий, как администратор. С 1857 г. он был назначен президентом Академии и приложил все старания к тому, чтобы ее преобразовать и еще больше расширить. Единственный человек, которому конференция поставила памятник во весь рост в зале заседаний конференции—это Дубовицкий. По всем этим причинам я не могу обойти молчанием его жизнеописания, стараясь, на сколько возможно, быть кратким; не могу не привести выписок из протоколов конференции касательно назначения Дубовицкого, ибо эти выписки имеют отношение и к Пирогову: Дубовицкий входил в конференцию одновременно с Пироговым. Первая подпись Пирогова под протоколами конференции Академии относится к 22 февралю 1841 г.; подпись Дубовицкого под протоколами кон-

ференции появляется впервые 6-го сентября, 1841 г. Разница около полугода.

„Дубовицкий родился 18-го апреля 1815 г. в богатой дворянской семье... Получив хорошее воспитание, поступил в Московский университет на медицинский факультет, который и кончил лекарем 1-го отделения 19-го июля 1833 г. По окончании курса, он отправляется за границу и, пробыв в Париже 8 месяцев, избирает своей специальностью хирургию“ (*Лопатто*, стр. 35).

„Таким образом оказывается, что Дубовицкий на 14 году от роду окончил общее образование, на 18-ом—специальное, в весьма короткое время за границей изучил хирургию, на 20-ом—издал первое сочинение на французском языке, на 22-ом—был доктором медицины (защитил диссертацию в медико-хирургической Академии) и хирургии, на 24-ом—экстра-ординарным профессором теоретической хирургии, на 27-ом—ординарным профессором той же хирургии, а на 37 году, в полном цвете лет, окончил свою ученую, учебную и литературную деятельность“ (*Лопатто*, стр. 57).

В протоколе заседания конференции 23-го марта 1840 г. имеется отношение „4, ординарного профессора Казанского университета Дубовицкого, в котором, изъявляя совершенное согласие занять при здешней Академии кафедру теоретической хирургии, просит, 1, о перемещении его из Казанского университета в здешнюю Академию сделать распоряжение, 2, исходатайствовать продолжение до 1-го сентября 1841 г. высочайше дарованного ему отпуска за границу.

„Конференция Академии, находя уважительными причины, изложенные в донесении г-на Дубовицкого, по которым он просит продлить ему отпуск за границею, с прописанием представить о том на усмотрение его сиятельства... и покорнейше просить о перемещении Дубовицкого из Казанского университета в здешнюю Академию... с присовокуплением, что конференция не преминет в свое время сделать распоряжение, чтобы, до прибытия г. Дубовицкого, теоретическая хирургия была безостановочно преподаваема студентам“.

Нельзя не заметить, что ход Дубовицкого иной, чем ход Пирогова: Дубовицкий идет через конференцию к Клейнмихелю, Пирогов—обратно—через Клейнмихеля в конференцию.

В протоколе от 5-го октября 1840 г. значится:

„Слушаны. Предписания директора... Клейнмихеля 1) от 29 сентября. № 3196, о том, что государь император, по всеподданнейшему докладу представления конференции. № 428, высочайше повелеть соизволил:

1) находящегося ныне за границею для обозрения европейских учебных медицинских заведений, профессора Казанского университета. доктора медицины и хирургии Дубовицкого, перевести на службу в здешнюю медико-хирургическую Академию профессором теоретической хирургии... 2) Для окончания предпринятого Дубовицким обозрения и излечения болезни, продолжить ему срок нахождения за границею, еще на один год, считая с 1-го сентября нынешнего по 1-ое сентября 1841 г.".

...Определено: копии сего предписания препроводить в правление Академии и к г. Дубовицкому".

Вопрос с Дубовицким таким образом был решен. Вопрос с Пироговым затягивался. Чтобы, однако, подготовить почву к вступлению Пирогова на основаниях, уже принятых, конференция 19-го октября 1840 г. получает предписание Клейнмихеля:

1) Второму с.-петербургскому военно-сухопутному госпиталю состоять при здешней Академии. оставаясь в отношении приема больных, числа чинов, вообще всего и во всем содержании на нынешнем положении. 2) Президенту Академии иметь начальство над сим госпиталем... Определено: принять к должному исполнению...

В заседании конференции 25-го января 1841 г. среди предписаний Клейнмихеля заслушано:

„3) от 18-го января № 179, о том, что профессоры здешней Академии Зейдлиц и Пирогов, сверх настоящих их должностей по Академии. назначаются членами высочайше утвержденного, по представлению г. министра народного просвещения, временно-

го комитета, для предварительного соображения мер к преобразованию медицинской учебной части в заведениях, под его управлением находящихся. Его сиятельство предлагает объявить о том г. г. Зейдлицу и Пирогову. Определено: исполнить".

Когда читаешь протоколы заседаний конференции один за другим и наталкиваешься на только что приведенное предписание, то невольно удивляешься, ибо назначение Пирогова в временный комитет было заслушано тогда, когда приказа об его назначении еще не было. Только в заседании 15-го февраля, т. е. ровно через месяц, заслушано предписание:

1) Бывшего профессора Дерптского университета Пирогова определить профессором в здешнюю Академию, для занятия вновь учреждаемой кафедры госпитальной хирургии и должности главного врача хирургического отделения при здешнем отделении 2-го военно-сухопутного госпиталя с содержанием, какое будет присвоено сим званиям. 2) Профессору Пирогову выдать в единовременное пособие, на подъем 714 р. 28 коп. серебром из государственного казначейства. О таковой высочайшей воле его сиятельство сообщая конференции и препровождая означенные деньги, для отправления по принадлежности, предписывает о получении их донести". При этом ученый секретарь объявил, что копии сего предписания его сиятельства сообщены в правление Академии 4 текущего февраля за №156 с просьбою об отправлении означенных денег к г. Пирогову, которому также препровождена копия помянутого предписания 4-го же февраля за №155. Определено: о получении денег донести его сиятельству и т. д.

Предписание Клейнмихеля о назначении Пирогова профессором помечено от „18-го января № 178 о том" и т. д. Значит, Пирогов был и утвержден профессором Академии, и членом временного комитета 18-го января, только предписание о первом назначении почему то запоздало. Теперь становится понятным следующее: конференция в заседании своем 25-го января частным образом, конечно, знала, что Пирогов уже утвержден, потому, по прочтении предписания об его назначении членом временного комитета постановила: „исполнить".

В заседании 15-го марта заслушано предписание конференции „сделать распоряжение: 1) о вступлении г. Пирогова к исправлению должности профес-

сора Академии и главного врача госпитального отделения и 2) о производстве ему жалованья"...

С Пироговым все было как-то странно: в заседадании 22-го февраля 1841 г. заслушано отношение Пирогова „от 22 февраля о том, что он 1-го минувшего января сего года уволен Дерптским университетом для занятия кафедры госпитальной хирургии при здешней Академии. Представляя при том аттестат, просит о назначении ему жалованья с означенного числа". Затем идет предписание Клейнмихеля конференции, о котором сказано выше, распорядиться о вступлении Пирогова в должность.

Совсем иначе обстояло дело с Дубовицким. Здесь все шло своим нормальным порядком. В заседании 6-го сентября конференция заслушала отношение „ординарного профессора Дубовицкого о том, что он 29 минувшего августа возвратился из заграничного путешествия для вступления в должность профессора при Академии. При сем ученый секретарь объявил, что о поступлении г. Дубовицкого сообщено уже правлению, для надлежащего распоряжения... Определено донести о прибытии г. Дубовицкого его сиятельству" и т. д.

Очень возможно, что Пирогов не понимал некоторых канцелярских приемов, что этим пользовались его враги, но вся история его вступления в должность с предписанием на этот счет Клейнмихеля какая-то странная. Впрочем, это уже мелочи, на которые не стоит обращать внимания.

В результате в 1841 г. появляются и Пирогов, и Дубовицкий. Все хирургические кафедры в Академии замещены. Протоколы заседаний конференции продолжают вестись так, что из них решительно не видно, начали ли происходить какие-нибудь трения между новыми и старыми членами конференции,— что нас особенно интересует, между новыми и старыми хирургами.

Картина борьбы разворачивается в 1844 г. В это время президентом Академии был Шлегель—личность, по отзыву Пирогова—ничтожная, к описываемому времени, очевидно, работавшая за одно с большинством конференции. Ученым секретарем конфе-

ренции состоял проф. Эйхвальд (старший), который был назначен, по представлению конференции, но не был избираем, не был переизбираем. Борьба разыгралась на почве выборов адъюнкта по ветеринарной части Прозорова в ординарные профессора. Прозоров с 1839 г. исполнял обязанности профессора, и вот теперь, в 1844 г., во внимание к его заслугам, громадное большинство конференции решило провести его в ординарные профессора. В протоколе конференции от 29-го января 1844 г. значится, что конференция „в собрании своем от 8 генваря приступила к баллотировке об утверждении его ординарным профессором, при которой выбор всех баллотировавших членов (числом 11) оказался в пользу г. Прозорова,—четыре же из неприсутствовавших в собрании, по болезни, членов конференции, письменно объявили свое согласие, кроме академика Эйхвальда, подавшего особое мнение против того выбора и г. профессора Пирогова, отказавшегося 12-го сего февраля письменно от прежде данного в пользу г. Прозорова голоса". Страсти разгорелись, ибо ожидалось утверждение кафедры эпизоотических болезней. Большинство конференции баллотировкой Прозорова в ординарные профессора предрешало будущие выборы на кафедру. Большинство предрешало этот вопрос в пользу Прозорова, Эйхвальд протестовал, при чем подал особое мнение, приложенное к протоколу заседания, в котором резко критиковал научную и практическую деятельность Прозорова. На критику Эйхвальда последовала критика ряда профессоров. Чтобы понять поведение Эйхвальда, необходимо привести небольшую выдержку из ответа ему, подписанного прежде всего Саломоном и написанного его рукою. Вот эта выдержка:

...„Упрек, что г. Прозоров не занимается ветеринарною практикою, совершенно несправедлив и основывается повидимому на недоброжелательстве к нему и вероятном преднамерении поместить на сию кафедру некоторого покровительствуемого г. Эйхваль-

дом ветеринарного, бывшего 2-го отделения. лекаря Броуеля, о котором г. Эйхвальд в этом отношении уже неоднократно и усильно ходатайствовал перед конференцией и в других местах"...

Дубовицкий шел с большинством конференции. Пирогов, сначала будучи за Прозорова, отказался затем от своей подписи. Привожу дословно отказ Пирогова, приложенный к протоколу и его рукой написанный.

„Относительно выбора г. Прозорова профессором ветеринарной терапии и патологии, я разделяю совершенно мнение г. профессора Эйхвальда. Я убедился в справедливости этого мнения, прочитав разбор г. профессора Эйхвальда сочинений и других ученых заслуг г. Прозорова. Сверх этого, я как член комитета высочайше утвержденного при министерстве народного просвещения, совершенно убедился в необходимости разделения ветеринарной науки от врачебной и потому я беру назад данный мною голос, при выборе, в пользу г. Прозорова. Профессор доктор Пирогов. 1844 г. февраля 4.

Записка Пирогова производит впечатление очень искренней. Как я говорил в прошлой главе, приказ о назначении Пирогова членом комитета был заслушан в конференции раньше чем приказ об его назначении профессором. Прошло, следовательно, три года. Каким же образом, спрашивается, Пирогов 8-го января, проработав в комитете уже 3 года, не был убежден в необходимости разделения ветеринарной науки от врачебной, а 4 февраля оказался в этом убежденным? Затем, спрашивается, каким образом Пирогов убедился в правильности приговора Эйхвальда, не приняв в соображение доводов противной стороны, также весьма основательных? Эйхвальду был в упор поставлен упрек в личной неприязни к Прозорову в интересах Броуеля.

Конференция так была возмущена поступком Эйхвальда, что Шлегель, под влиянием, вероятно, большинства конференции, внес предложение о том, чтобы ученый секретарь, „по примеру деканов университетских или члена правления Академии, изби-

раем был в сию должность на четыре или на три года". Предложение пошло через дежурного генерала к военному министру. В заседании конференции 1 марта заслушано согласие военного министра на то, чтобы такой вопрос был разрешен в конференции.

„Члены конференции, по выслушании сего предложения и обсуждении этого предмета, приступили к баллотированию, из которого оказалось, что 14 голосов (в числе коих и президент, имеющий по уставу Академии 2 голоса) вполне изъявили свое согласие, чтобы ученый секретарь впредь избираем был в эту должность на 4 или на 3 года; противного же мнения были два голоса, а г. ординарный профессор Пирогов от баллотирования отказался, также и академик Эйхвальд, которые по сему предмету подали особые мнения, равно как и г. г. профессора Зейдлиц и Бэр".

По вопросу о выборности ученого секретаря конференция разделилась: с одной стороны большинство, куда входили Буяльский, Саломон и Дубовицкий, с другой стороны — Эйхвальд и Пирогов, к ним присоединились Зейдлиц и Бэр. Борьба закипела. Пирогов, как сказано в протоколе, подает особое мнение. Оно чрезвычайно интересное. Хотя оно длинное, тем не менее не привести его нельзя, ибо оно характерно для Пирогова.

„Особое мнение проф. Пирогова о временном избрании ученого секретаря императорской медико-хирургической Академии.

„Как конференция в прошедшем заседании приступила без отлагательства, и даже без надлежащего обсуждения, к собиранию голосов касательно предложения, сделанного его превосходительством г. дежурным генералом, то я. видев всю важность такого изменения в уставе Академии, как временное избирание ученого секретаря (по примеру университетских деканов), не мог решиться без предварительного размышления дать мой голос, тем более, что в предлежащем случае мне казалось, что не столько необходимая потребность, сколько личные отноше-

ния были побудительною причиною этого нововведения; но как оно уже решено большинством голосов, то я покорнейше прошу конференцию препроводить следующее мое особое мнение на благоусмотрение высшего начальства Академии".

Значит, несмотря на решение конференции большинством, Пирогов требует, чтобы его мнение было препровождено дежурному генералу и через него военному министру. Пирогов и здесь пробует прибегать к помощи „высшего начальства".

„В предложении г. президента Академии", продолжает Пирогов: „означены две главные причины, побуждающие его к изменению § 60 устава Академии, а именно: во-первых, желание, посредством временного избрания ученого секретаря, сблизить устройство Академии с университетским и, во-вторых, желание водворить благородное согласие и дружеские отношения между членами конференции.

I. Мысль приблизить устройство Академии к университетскому была дана комитетом, назначенным для составления проекта о распределении учебных предметов, к членам которого и я имел честь принадлежать, и так понятно, что я, также как и все другие члены комитета, должен быть вполне убежден в пользе и даже необходимости преобразования Академии в факультет; но такое преобразование не иначе достигнет своей цели, как с изменением целого состава Академии. Пока Академия имеет особенного своего начальника — президента, избираемого не из среды профессоров и высочайше утверждаемого не на один известный срок, до тех пор она не может быть никак уравнена с университетским факультетом, непосредственное начальство которого составляет совет под управлением ректора, избранного профессорами из своей среды, и только на известный срок. — Впрочем, причины, по которым желательно бы было сближение устройства Академии с университетским, только важны в учебном отношении, ибо известно, что через соединение учащих и учащихся различным наукам в одно целое всего лучше можно уничтожить одностороннее направление учения; временное же или не временное избрание ученого секретаря не может иметь никакого влияния на направление учения, и оно важно только в одном административном отношении.

„Сверх этого известно также и то, что ничто столько не вредит организации ученого общества, как изменение этой организации по частям, чрез что целое теряет всю связь и единство; но ничто не действует так вредно на весь состав благоустроенного общества, как изменение его начал и устава по одним личным отношениям принадлежащих к нему членов; как бы изменение его начал и устава ни было в сущности хорошо и полезно, оно делается бесконечно вредным последствием, если одно личное начало служит его основанием. Взяв же в соображение прошедшее, мне не трудно будет показать исторически, что главным поводом к предлагаемому нововведению в нашем уставе служит личность. Известно, что г. ученый секретарь, за несколько перед сим заседаний, подал письменное особое мнение против избрания г. Прозорова в ординарные профессора ветеринарной науки; известно, что против этого мнения подано было несколько других мнений; известно, что г. ученый секретарь получил словесное замечание от г. президента в полном присутствии конференции; за этим следовало письменменное предложение г. профессора Буяльского об избрании другого ученого секретаря и предложение г. президента некоторым из товарищей г. проф. Эйхвальда о том, чтобы посоветовать г. Эйхвальду дружеским образом отказаться от занимаемой им должности, и теперь, наконец, следует предложение г. президента его превосходительству г. дежурному генералу об избрании ученого секретаря на 3 года, по примеру университетских деканов.—Вот, весь ход дела; кто же не увидит из него, что одни только личные отношения г. профессора Эйхвальда к г. президенту и к некоторым членам конференции были поводом к предлагаемому изменению одного из весьма важных §§ устава Академии?

„II. Что же касается до желания г. президента Академии водворить согласие и дружеские отношения между членами конференции, то, нет сомнения, это желание имеет цель благую, тем не менее однакожь я не могу быть убежден, чтоб временное избрание ученого секретаря могло водворить это согласие. Если в конференции, особливо в последнее время, заметно резкое несогласие мнений, то это зависит верно не от ученого секретаря, а от других обстоятельств: мы все желаем добра Акаде-

мии, но наши взгляды на то, что может ей принести благо, различны, а долг службы и чести требует чтобы мы, не запинаясь, говорили по убеждению; можно ли в таком случае и должно ли ожидать согласия. Не первый ли и главный долг, предписываемый нам законом, есть забывать дружеские отношения, когда мы находимся перед зерцалом правды. И не этот ли самый долг заставляет нас давать беспристрастные мнения, иногда ко вреду наших друзей и товарищей, когда идет дело о пользе общей. Чем же погрешил в этом г. ученый секретарь? Не более ли погрешили те из г. товарищей, которые, увлекаясь дружескими отношениями, осмелились сделать предложение конференции о перемене ученого секретаря, обидное и для ученого секретаря, обидное для всей конференции и явственно нарушающее не одни только дружеские, но даже благородные отношения товарищества.

„Итак, я не могу дать моего голоса в пользу изменения § 60 устава Академии; потому что:

1) Этим изменением устройство Академии приближается к университетскому по одной только форме, по одной только частности, а не по сущности и по началам.

2) Потому что главным поводом к избранию временного ученого секретаря служит личность.

3) Избрание временного ученого секретаря не может водворить согласия в ученом обществе, члены которого имеют различные взгляды на цель, начала этого общества и даже на самую науку.

4) Избрание временного ученого секретаря не может водворить и дружеских отношений между членами конференции, потому что оно основано на личности; а если бы и могло это сделать, то оно было бы средством, противным закону и делу службы". Профессор д-р Пирогов. 1844 г. Марта 17.

Мнение Пирогова несомненно смелое, особенно в отношении президента и его положения. Сравнение положения президента с положением ученого секретаря совершенно правильно. Однако, принципиальный вопрос о выборности ученого секретаря все-таки решен им неправильно: при несменяемости даже президента или начальника, сменяемость ученого секретаря имеет огромное значение. Выборность ученого секретаря, как представителя большинства про-

фессуры, настолько важна, что с тех пор удержалась до настоящего времени.

Исторический разбор дела показывает, что вся неприятность началась потому, что Эйхвальд, из личных соображений не хотел выборов Прозорова, готовя своего кандидата. Пирогов к сожалению на это не обратил никакого внимания. Далее записка Пирогова предназначалась высшему начальству, и как таковая, является жалобой на своих товарищей-профессоров, и прежде всего на Буяльского. Имя Буяльского упомянуто, как предложившего переизбрать ученого секретаря; в конце записки, без упоминания имени, Буяльскому брошен упрек в том, что „увлекаясь дружескими отношениями“. „осмелился“ предложить переизбрать ученого секретаря.

Записка Пирогова интересна с исторической точки зрения тем, что в ней Пирогов признает, что согласия быть не может, что взгляды профессоров расходятся, что потому нужна и будет борьба. Все дело о выборе ученого секретаря было представлено дежурному генералу и через него военному министру. Результат был тот, что конференции предоставлено право выбирать ученого секретаря на 5 лет. Как раз Эйхвальд уже кончил свое пятилетие. Немедленно на место Эйхвальда был избран Дубовицкий. Эйхвальд, Бэр, Зейдлиц, первый надолго, последние на несколько заседаний прекратили посещение конференции, ибо потерпели поражение. Пирогов продолжал посещать заседания. Как раз в это время рассматривался его проект об улучшении снабжения госпитальных клиник медикаментами. Конференция его предложения приняла; он был удовлетворен в том, что конференция считала полезным.

Как ни как, Пирогов со своей незначительной партией потерпел поражение. Однако, поражения часто не забываются. Интересно, что в борьбе между Пироговым и Буяльским, между меньшинством и большинством конференции, на этот раз, Дубовицкий был с большинством. Независимый человек, громадной энергии, воспитанник московского университета,

попавший в Академию из университета, Дубовицкий не только был с большинством, но сейчас же был избран большинством в ученые секретари и оставался ученым секретарем долго, до окончания своей профессорской деятельности в 1851 г., т. е. был после 5 лет переизбран. Думаю, что отношение Дубовицкого может в данном случае служить мерилом того, на чьей стороне была правда.

В заседании конференции 2-го сентября, 1844 г. заслушано донесение „заслуженного професора академика Буяльского от 10 прошлого июля, в коем объясняет, что 20 августа сего года оканчивается срок его службы, и что он, находясь в совершенных силах, может продолжать еще службу; почему и просит оставить его при Академии, исходатайствовав ему заслуженный прибавок к пенсиону и т. д.“. Совпадение ли это, или нет, но как раз на это заседание является Эйхвальд, который после случившегося с ним казуса в конференцию не являлся. Какие были прения по поводу оставления Буяльского, из протоколов не видно. В заключение конференция постановляет:.. „вполне уважая заслуги г. заслуженного профессора Буяльского, но не имея права в этом случае делать какое-либо решительное заключение (Буяльский просил оставить его на 5 лет после 30 лет службы)“ по силе предписания г. дежурного генерала от 29 декабря 1843 г. за № 11690, определила: представить донесение г. заслуженного проф. Буяльского в подлиннике на благоусмотрение и дальнейшее распоряжение г. дежурного генерала...

В заседании 14-го октября заслушано предписание дежурного генерала:.. „его величество, имея в виду, что по подобному ходатайству конференции о заслуженном профессоре и академике Нелюбине, повелено уже: „на будущее время принять непременным правилом: профессоров, прослуживших в звании преподавателей 25 лет, допускать к избранию только на одно первое после сего пятилетие, и на этом основании кафедру, которую занимает академик Нелюбин, считать вакантной“, не желает отступить от постановленного в недавнем времени правила,— вследствие чего высочайше повелеть соизволил 1)... 2) уволить его от должности преподавателя Ака-

демии, считать кафедру его вакантною и приступить к избранию новых преподавателей как сей кафедры, так и кафедры г. Нелюбина"... Работа Буяльского в Академии кончилась. Правда, он был назначен почетным членом Академии, но подпись его с протоколов конференции исчезает.

А между тем Буяльский еще на самом деле мог работать. Это доказуется тем, что в 1863 г. вышел его труд о коррозионных препаратах, о чем я говорил выше.

Трудно с достоверностью утверждать, что Эйхвальд Пирогов приложили свою руку к устранению Буяльского, воспользовавшись приказом о неоставлении профессоров после 30 лет преподавательской службы. Но похоже, что это так. В следующей главе я приведу некоторые соображения, говорящие в пользу такого заключения. Напомню, что Буяльский был, видимо, недоволен назначением Пирогова. Пирогов в свою очередь обвинял Буяльского, попросту говоря, в некорректном отношении. Пострадал Эйхвальд, когда Буяльский первый предложил, по словам Пирогова, выбрать нового ученого секретаря. Теперь очередь дошла до Буяльского: он совсем устранен под благовидным предлогом.

ГЛАВА XIII.

Пирогов и анатомический институт в медико-хирургической Академии.

„О преподавательской деятельности Буяльского из слов современников нам известно, что он читал свои лекции довольно монотонным языком и почти буквально по Загорскому“. (*Таренецкий*, стр. 67). „В 1844 г. вышла его „Краткая общая анатомия тела человеческого“. Нельзя не согласиться с тем, что это руководство, изданное, как надо полагать, с предвзятою целью и второпях, вовсе не соответствовало современному состоянию науки и известное значение могла иметь только последняя часть его, содержащая технику судебно-медицинских вскрытий. Очевидно, что подобным взглядом руководствовалась также комиссия из профессоров Пирогова, Бэра и Загорского (сына), т. к. она отвергла это сочинение, представленное на соискание премии в честь Загорского“ (*Таренецкий*, стр. 66). Буяльский „был преимущественно хирургом—хирургом ученым и практиком, и профессура анатомии служила ему как-бы средством для достижения окончательной цели, т. е. совершенства в хирургии“... „Он резко в этом отношении отличается от Загорского, который весь был предан чистой науке и отвергал даже мысль о врачебной практике; при последнем кафедра нормальной анатомии достигла уже полной степени своего расцвета, при Буяльском же кафедра только держалась на прежней высоте, не развиваясь более“ (стр. 70). Такая

характеристика принадлежит серьезному профессору анатомии, изучившему историю развития своей кафедры — Таренецкому.

Возражать против такой характеристики совершенно бесцельно. Принимая ее, как она есть, нельзя не вспомнить некоторых исторических фактов. Хирургия с анатомией в России развивались рука об руку. Оба предмета преподавал Бидлоо, оба преподавал профессор хирургии Шрейбер, доцент Щепин. Но обе науки должны были разделиться и разделились: в Академии кафедру анатомии занял Загорский, кафедру хирургии—Буш. Буяльский и в этом отношении крайне интересен, как одна из последних исторических попыток поставить у преподавания нормальной анатомии хирурга. Блестящий хирург, блестящий препаратор, новатор в хирургии и анатомии, как профессор, как преподаватель анатомии он оказывается только на уровне своего предшественника — Загорского. Очевидно, логика истории требовала, чтобы анатомия отделилась от хирургии, чтобы анатом был чистым анатомом, хирург — хирургом, причем хирургу предоставлялась полная возможность заниматься самому анатомией, поскольку ему это нужно для хирургии. Что же произошло?

Не успел Буяльский уйти (приказ об его отчислении был заслушан 14 октября), как Пирогов, Зейдлиц и Бэр (21-го октября) противники Буяльского— представляют в конференцию донесение, „в коем они излагают свое мнение касательно замещения открывшихся кафедр анатомии и фармации (Нелюбина) и образовании при здешней Академии отделений, которые можно было бы назвать анатомическим и фармацевтическим институтами, с тою целью, чтобы дать учащимся в этих науках сколь возможно практическое направление и показывая подробно пользу, долженствующую произойти от устройства таких институтов под управлением опытных и заслуженных наставников“. Конференция присоединилась к доне-

сению и просила дежурного генерала разрешить рассмотреть проект. Согласие военного министра, было получено на следующей же конференции (11 ноября).

Отсюда с несомненностью следует, что Пирогов, Зейдлиц и Бэр только и ждали устранения Буяльского и Нелюбина, чтобы начать проводить свои планы. Если был устранен Нелюбин, то нужно было устранить и Буяльского: он им мешал. До какой это степени так, показывает следующее: Нелюбин продолжал читать лекции, продолжал посещать конференции. В заседании 25-го ноября конференции пришлось выслушать предписание дежурного генерала о том, что

„профессор и академик Нелюбин подписывает попрежнему протоколы и следственно участвует, как и прочие профессоры, в заседаниях“... между тем как он „должен считаться почетным членом Академии, которым не присвоено право заседать в конференции“.

Конференция на этот раз дала достойный ответ дежурному генералу.

„Определено: донести его превосходительству, что заслуженный профессор Нелюбин продолжает еще преподавание лекций, т. к. на место его еще не выбран преподаватель фармации и в предписании его превосходительства от 6 минувшего октября за № 8733 не значится, что бы г. Нелюбин немедленно был уволен и даже не упомянуто о преимуществах его при отставке, и потому конференция считала его еще действующим лицом при Академии тем более, что и производство жалования ему не прекращено и даже поручено ему, вместе с прочими профессорами рассмотрение проекта об устройстве при Академии фармацевтического института. Сверх того почетные члены имеют право заседать в конференции потому, что сказано в § 23 академического устава: „почетные члены могут присутствовать в конференции, когда пожелают, а в случаях важных находящиеся в столице приглашаются в оную особыми извещениями“ и т. д. Однако, Нелюбин после замечания перестал бывать в конференции.

Если бы я захотел войти в подробности истории возникновения анатомического института, если бы

начал следить за делом его возникновения по протоколам конференции, то, конечно, написал бы очень интересную главу, но выходящую из рамок истории хирургии: я бы вдался больше в историю анатомии. Но так как возникновение анатомического института имеет огромное значение для характеристики Пирогова, то обойти молчанием этого дела я также не могу. Чтобы не выйти из рамок краткого изложения, буду вести рассказ, пользуясь выдержками из обстоятельного сочинения проф. *Таренецкого*. К этим выдержкам позволю себе прибавить несколько замечаний.

28-го января 1846 г.—„последовало высочайшее повеление об учреждении при с.-петербургской медико-хирургической Академии, в виде опыта на 5 лет, практическо-анатомического отделения (или института)" (стр. 178). Положение об институте зачинается так: „1) Кроме существующих при императорской медико-хирургической Академии трех кафедр анатомии: описательной, прикладной и сравнительной, учреждено еще особенное, по своему назначению не входящее в состав этой Академии, анатомо-практическое отделение" и т. д. (стр. 178). Управляющим анатомическими работами в виде директора назначен Пирогов. „Своим учреждением", *пишет Таренецкий*: „Пирогов достиг трех огромных выгод, оказавших неисчислимую пользу учащимся в Академии: полной самостоятельности преподавания, значительного увеличения трупного материала и обладания хотя необширным и не особенно удобным, но совершенно отдельным зданием. Признание за практической анатомией первенствующего значения разом поставило весь предмет на надлежащую почву и тем привлекло студентов и врачей в стены нового здания. Единственная неясность в положении 1846 г. заключалась в неопределенно выраженном отношении практической анатомии к другим анатомическим кафедрам, особенно описательной анатомии... Во всяком случае Академия обязана Пирогову, что в ее стенах

по инициативе этого замечательного деятеля возник первый анатомический институт, первый не только в России, но и во всей Европе" (стр. 182 183).

Идея Пирогова создать особый анатомический институт идея, совершенно правильная. Появление первого анатомического института в России, появление его первым, по сравнению даже с Европой, подтверждает то, что мысль и энергия Пирогова были колоссальны. Идея отдельных институтов по различным медицинским дисциплинам началась с Пирогова, с его идеи о создании анатомического института. На протяжении большого промежутка времени, прошедшего с Пирогова, возникли физиологические, гигиенические институты. В самое последнее время, в период уже октябрьской революции, живо дебатировался вопрос об гистологическом, фармакологическом, хирургическом и др. институтах, понимая под институтом учреждение, находящееся в особом здании и пользующееся самостоятельностью, входящее в учебно-ученое учреждение, напр. в академию или факультет, как его крупная составная часть, и обставленная всем необходимым как для учебных, так и научных целей. Таким образом, Пирогова я готов считать родоначальником той идеи, которая еще до сих пор, по причине разных обстоятельств, не достаточно развилась, но которая несомненно разовьется, как требование логики истории.

Однако, с одной стороны будучи правильной, с другой идея Пирогова может быть оспариваема, и вот почему: практически-анатомический институт создавался не для Академии, а лично для Пирогова. При Академии уже была кафедра описательной анатомии. Допустим с *Таренецким*, что Буяльский и Наранович не двигали кафедру вперед. Надо было кафедру сдвинуть с места. Для этого требовалось создать „анатомический", а не „практически-анатомический" институт, ибо практическая анатомия есть часть описательной анатомии, подыскать соответст-

вующее лицо на кафедру и дать ему возможность развивать анатомию. Дабы защитить интересы хирургов, как Пирогова, желающих заниматься анатомией в институте, в положении должно было быть оговорено право работать в нем научно профессорам и всем желающим. Так как такое право в § *д* положения оговорено, то, казалось бы, об особом „практически-анатомическом отделении" хлопотать было незачем. И здесь вопрос разрешался в пользу личности Пирогова. Такое решение вопроса вносило несомненное раздвоение в кафедру анатомии, раздвоение ненормальное. Что я прав, я докажу потом. Пока же вернусь к объяснению такого явления с исторической точки зрения.

Пирогов делит русскую хирургию на два периода. Исторически в России хирургия как я неоднократно говорил—развивалась рядом с анатомией. В начале 19-го столетия хирургия отделилась от анатомии. Пирогов—гений, воплотивший в себе всю энергию быстроты развития русской хирургии и анатомии, всю энергию, накопленную целым столетием. Гениальный хирург и гениальный анатом, он воплотил в себе, он соединил в себе обе эти науки, которые должны были разделиться и разделились, но в нем, как в наследнике всех начинаний 18-го столетия, обе науки были еще соединены. Как мы видели, Буяльский—этот блестящий хирургический талант, блестящий анатом-исследователь, этот заключительный аккорд первого периода, все-таки как преподаватель анатомии уже отставал. Пирогов, личность еще более сильная, еще более яркая, как хирург и как анатом, как преподаватель анатомии поднялся, и в последний раз, на недосягаемую высоту анатома-хирурга, показав, что может быть в гении, подчеркнув, что каждый хирург должен быть и анатом, но его стремление насильно, вопреки логике истории, слить воедино то, что уже разделено, не увенчалось успехом. Лично соединив и кафедру госпитальной хирургии, и кафедру

практической анатомии, он не удержал ее за хирургами и не мог этого сделать. В 1890 г. по новому уставу Академии, уже полагалась одна кафедра „анатомии человека“. Двойственность анатомической кафедры была уничтожена.

Пирогов интересен и с другой точки зрения. Как я говорил, он был сторонник немецкой партии: Зейдлиц, Пирогов и Бэр—вот три человека, работавшие вместе. Пирогов не доверял русской анатомической школе. Может быть, он был прав, может быть, нет—не берусь судить. Думаю, что он мог найти и среди русских талантливых учеников, как их находил Буш. Пирогов едет за границу и привозит из Праги ученого прозектора Грубера. В мою задачу совсем не входит судить Грубера, как анатома, ибо это уже был чистый анатом, но мне, как историку русской хирургии, надлежит указать, что Пирогов в подыскании себе ученого помощника по преподаванию „практической анатомии“ обратился к тому методу, к которому обращались в начале и в средине 18-го столетия. Весь ход истории развития русской хирургии и русской анатомии заключался в том, чтобы в России приготовлять ученых - для этого и существовали профессора. Пирогов возвращается к способам вывоза ученых из-за границы. Со своими единомышленниками он еще раз хотел доказать то, что история уже опровергнула, а именно, что в России нельзя создать хороших анатомов. Это была последняя вспышка борьбы немецкой партии через гениального Пирогова подтвердить то, что уже опровергнуто. Правда, Пирогов Грубера посадил, правда, Грубер долго проработал в Академии. Тем не менее метод Пирогова, привезения из-за границы ученых прозекторов, с Пироговым же и умер. История этот метод осудила, как ненужный.

Пирогов был гений. Его анатомические сочинения, как „Анатомия разрезов“, „Хирургическая анатомия артериальных стволов“ представляют собой истин-

ное украшение анатомической литературы. Распилы замороженных трупов с целью изучения топографии органов, высечение из замороженных трупов с помощью молотка, долота и кипятка отдельных органов для уяснения их формы все такие новшества, которые ставят Пирогова в ряд наиболее выдающихся анатомов всего мира и за все времена. Мне кажется крайне интересным привести выдержки *из сочинения Пирогова* „Анатомия разрезов", чтобы охарактеризовать эту замечательную сторону его деятельности.

„Я видел на своем веку", говорит Пирогов: „много врачей, которые, зная порядочно обыкновенную описательную анатомию, имели чрезвычайно сбивчивое понятие о положении желудка и ободочной кишки, и при исследованиях живота у больных, постоянно смешивали положение этих двух частей кишечного канала. В наше время старались преодолеть препятствия, встречаемые на пути топографических исследований, различными способами. Чтоб узнать вернее, например, положение различных частей сердца, вкалывали в него, на трупах, булавки чрез межреберные пространства и потом проводили возле них разрезы чрез грудной ящик. Конечно, этим способом удавалось довольно точно определить положение той или другой части сердца, напр., одной заслонки, или одного отверстия: но он никогда не определит относительного положения этой части к другим соседним ей частям сердца..

„Двадцать лет назад, я начал целый ряд анатомических изысканий над суставами, подвергая их несколько дней действию холода. Несколько моих препаратов того времени и теперь еще сохраняются в анатомическом музее медико-хирургической Академии. Заметив, как удобен и практичен этот способ в нашем климате, я, еще в 1842 г., издавая курс прикладной анатомии, предложил изобразить в разрезах замороженные части тела и успел издать несколько рисунков, изображающих голову и суставы. Но издание, по независящим от меня обстоятельствам, осталось недоконченным. Наконец, в начале 1850 г, я, к полному осуществлению моей мысли, решил издать полное систематическое изложение разрезов всего тела, и теперь, окончив его, предлагаю на суд меди-

цинской публики. Я долго не решался приступить к изданию, не зная наверное, будет ли соответствовать ожидаемая мною польза потери времени и трудов, мне предстоящих в течение многих лет. Я не ожидал открыть что-нибудь новое в науке, обрабатываемой в наш век столькими деятелями в Европе. Но, с другой стороны, меня поддерживала мысль, что придуманным мною способом я мог изложить с неизвестною доселе точностью положение всех частей тела, и всякий раз, когда я готов был уже оставить свой труд недоконченным, неожиданная фигура вновь проведенного разреза снова завлекала меня к продолжению работы...

„Итак, господствующая мысль моего труда проста. Она состоит в том, чтобы посредством значительного холода, равняющегося не менее как 15°, довести все мягкие части трупа до плотности твердого дерева. С этою целью я подвергаю тело этой температуре в течение двух и трех дней... Доведши труп до плотности дерева, я мог и обходиться с ним точно также, как с деревом; мне нечего было опасаться ни вхождения воздуха, по вскрытии полостей, ни распадения их. Я мог самые нежные органы распиливать на тончайшие пластинки. Мне нужно было исследовать положение частей в трех главных направлениях: в поперечном, продольном и передне-заднем, и я распиливал каждую полость на верхнюю и нижнюю, на правую и левую и на переднюю и на заднюю половины“...

Во время моих занятий я напал на мысль сделать еще другое приложение холода к топографической анатомии. Мне представлялось возможным посредством замороження изучить положение, форму и связь органов, не распиливая их в различных направлениях, а обнажая их на замороженных трупах, подобно тому, как это делается и обыкновенным способом. Положим, мы хотим исследовать положение сердца и желудка. Для этой цели я замораживаю труп до плотности камня, подвергая его в течение трех дней действию холода в 18°, потом отнимаю переднюю стенку груди. Конечно, этого нельзя сделать без помощи долота, молотка, пилы и горячей воды. Подобно тому, как в Геркулане открывают произведения древнего искусства, залитые оплотневшею лавою, так точно нам нужно в замороженном трупе обнажать и вылущать органы, скрытые в оледенелых слоях. Когда, с значительными усилиями, удается отнять примерзлые стенки, должно губкою, намоченною

в горячей воде, оттаивать тонкие слои, пока наконец откроется исследываемый орган в неизменном его положении. Вскрытие полости и обнажение органа по этому способу продолжается иногда несколько часов"...

Выводы из сравнительно короткого трактата Пирогова „Анатомия разрезов" полны громадного практического и теоретического значения. Вывод первый гласит так: „разрезы замороженных трупов неоспоримо доказывают, что, за исключением трех небольших полостей: зева, носа и ушного барабана, да за исключением двух каналов: дыхательного и кишечного, ни в какой части тела в нормальном состоянии никогда не встречается пустого (т. е. наполненного воздухом) пространства. Стенки прочих полостей плотно прилегают к стенкам заключающихся в них органов". Это относится к суставам, мозгу. Не касаюсь других выводов. Каждый из них классичен и имеет до сих пор первостепенное значение.

Пирогов был гений, но человек страстный, увлекающийся, ведущий борьбу и, кажется, не особенно стеснявшийся со своими противниками. Потому он имел и не мог не иметь много врагов. Ведь нельзя же сказать, что гению все позволено, что гения должны слушать и делать только то, что он говорит. Может быть, и гений то вырабатывается потому, что он встречает противодействие и, преодолевая противодействие, идет вперед. Так было и с Пироговым.

Буяльский, очевидно, не мог простить Пирогову своего устранения. И вот в 1848 г. Буяльский начал мстить. „Цитируя напечатанную в четвертой книжке „Библиотеки для чтения" 1844 г. критику „Полного курса прикладной анатомии человеческого тела Н. И. Пирогова", Булгарин возводит на последнего обвинение в заимствовании как текста, так и таблиц только что названного сочинения из книги Чарльса Белля. (Человеческая рука и ее свойства. 1836 г.)". (*Таренецкий*, стр. 155). Затем следовали обвинения Пирогова в незнании внутренней медицины, в неудачности оперативных исходов.

Наиболее тяжкое обвинение в научной деятельности человека есть обвинение в плагиате. „Принимая в соображение", пишет *Таренецкий*: что Буяльский „находился в постоянных сношениях с Булгариным, нетрудно догадаться, кого в данном случае следовало считать истинным виновником обвинений против Пирогова" (стр. 156). Если бы обвинение Пирогова было правильно, оно легло бы на него тяжким пятном. Пирогов так обиделся, что подал прошение об отставке. „Пирогов просил Академию Наук быть судьей в возведенной на него клевете. Академик Бэр пригласил Булгарина печатно заявить, что сочинения Чарльса Белля и Пирогова ничего общего между собой не имеют" (*Белогорский*, стр. 35).

„В ответ на это Булгарин прислал в конференцию как бы извинительное письмо, наполненное оскорбительными выражениями"; так пишет *Белогорский*. Этот вопрос нуждается в освещении. Вопрос о плагиате я оставляю в стороне. Из истории хирургии известно, что плагиатом к сожалению пользовались очень крупные люди. В плагиате уличен напр. Ambroise Paré (*Gurlt*).

Убежден, что именно Пирогов плагиатом не занимался. Но поведение Пирогова в его обвинении все-таки имеет свои теневые стороны. Если так называемое „извинительное письмо" Булгарина по адресу Пирогова было „наполнено оскорбительными выражениями для Пирогова" (*Белогорский*, стр. 35), то письмо Пирогова, приведенное *Белогорским* полностью, на имя попечителя академии Анненкова по поводу ряда неприятностей в конференции, представляет собой опять таки жалобу высшему начальству на конференцию. Эта черта Пирогова удивительна. В тяжелых случаях своей академической жизни, терпя поражение от большинства членов конференции при баллотировании напр. на места профессоров, он в конце концов прибегает к жалобам. Я уже указывал, что особое мнение Пирогова по поводу выбора Прозорова звучит жалобой. То же самое повторяется и

теперь. Конференция, идя навстречу Пирогову, при его начинаниях научно-практического характера, видимо, просто не любила его, как сочлена, ибо характер Пирогова был страстный, боевой, беспокойный. Мне кажется, что в заключение характеристики Пирогова, как человека, лучше всего воспользоваться словами *Таренецкого*—этого спокойного исследователя, отдавшего должную дань Пирогову.

„Мы позволим себе здесь же прибавить", пишет *Таренецкий*: „несколько слов по поводу причин ухода Пирогова из Академии, считая это тем более небезъинтересным, что до сих пор внезапная подача им прошения об оставке в 1856 г. для многих составляет неразрешимую загадку. Пирогов явился из Дерпта с убеждениями и привычками дерптского немецкого профессора и разом попал в круг ему совершенно чуждых людей, вдобавок еще при административных порядках, к которым он не мог привыкнуть и с которыми он не мог помириться в течение всей своей жизни. Пирогов всегда оставался ученым и врачем, но никогда не был даже сносным администратором; вследствие этого не удивительно, что вся его академическая карьера представляла почти беспрерывное столкновение с разными лицами и постоянный ряд мелких, но вместе с тем раздражающих его самолюбие неприятностей. По праву он мог считать себя лучшим академическим профессором и лучшим хирургом в России, между тем, имея это внутреннее убеждение, он каждодневно должен был убеждаться, что в официальном строе академической, жизни все преподаватели пользовались одинаковыми правами и преимуществами; даже больше того, иногда преподаватель второстепенного предмета, при известном умении и поддержке других своих товарищей, беспрепятственно и скоро мог произвести такие начинания, на осуществление которых Пирогову потребовались годы и масса труда и хлопот. Встречая самый горячий прием и искреннее, восторженное признание своего таланта со стороны врачей и студентов, он, наоборот, со стороны многих своих ближайших товарищей должен был видеть одну только холодную вежливость, смешанную у некоторых с затаенной завистью" (стр. 198).

Вот характеристика *Таренецкого*. Мне очень неприятно и даже тяжело писать про Пирогова что-нибудь, не совсем хорошее, так привыкли мы все с молодости относиться к нему, как к человеку непорочному. Но знакомство с подлинниками протоколов заседаний конфененции заставляет меня высказать соображение, что Пирогов, вместе с Зейдлицем и Бэром, первые бросили вызов конференции, стремясь очистить ее от ненужных, по их мнению, плохих членов конференции. Желание Пироговской группы профессоров насадить в Академию почти исключительно профессоров-немцев вызвало решительный отпор. На этой почве загорелась и шла борьба главным образом. Она шла особенно остро, так как русская медицина вышла на собственный путь развития. Не сомневаюсь, что в этой борьбе иногда терпели поражение достойные кандидаты немецкой партии, иногда, может быть, даже более достойные, чем кандидаты противоположной партии. Но перчатка была брошена Пироговым, конференция ее подняла. Буяльский Пирогову мстил и мстил нехорошим способом, обвиняя последнего в плагиате, но Пирогов с самого начала своей деятельности в Академии не оставлял без внимания Буяльского, ибо именно Буяльский был самым ярким представителем противной Пирогову партии.

Из Пирогова история сделала кумира. Пусть так. Но Пирогов был человек и человек с сильным темпераментом. Он сам говорил, что взгляды членов конференции расходятся даже на самую науку, что при таких условиях не может быть речи о дружеских отношениях. Это вызов несомненно сильного, боевого характера, но на этот вызов обычно отвечают, если есть тоже сильные люди, а среди профессоров Академии такие сильные люди были. Борьба должна была идти, шла и в конечном итоге послужила пользе развития как медицинской науки вообще, так особенно анатомии и хирургии.

Часть II.

ГЛАВА I.

Пирогов—профессор хирургии.

Существует в литературе краткая автобиография Пирогова, изложенная им в виде письма на имя И. В. Бертенсона (27-го сентября, 1881 г.) и напечатанная в „Русской Школе“ в 90-х годах (я пользуюсь отдельным оттиском из коллекции Пироговского музея). В этой автобиографии-письме Пирогов пишет про себя так:

„вступление в Московский университет студентом-ребенком 14 лет в 1824-25 годах; я студент не в нынешнем вкусе и не по последней моде. Вступление в профессорский институт, в 1827-28 годах, лекарем—17 лет. Защищение докторской диссертации в 1833 г., после 5-тилетнего пребывания не по своей вине в Дерпте; послан был туда только на 2 года с тем, чтобы приготовиться для отправления за границу; но французская же июльская революция замедлила это отправление на 3 года, из них 2 зачислены в службу.

„Пребывание в Берлине и Геттингене 2 года. Во время возвращения в Россию, опасная болезнь на пути, в Риге, и в то время как я лежал больной, мой товарищ (Иноземцев) был избран графом Строгановым (опять граф!), профессором хирургии в Москву, а я москвич, остался на бобах и на госпитальной койке.

Нежданно и негаданно вдруг предложение бывшего ректора Дерптского университета и моего учителя Мойера занять его кафедру в Дерпте, но не без оппозиции со стороны других факультетов, и особенно теологического. Итак. случай, болезнь. выводит на новое поприще. 5 лет профессуры, требо-

вавшей ежедневно 8 часов занятий в клинике, аудитории и анатомном институте с слушателями. В это время изданы: 1) Anatomia chirurgica truncorum arteriorum atque fasciorum на латинском и немецком языках, с атласом in folio; 2) Annalen der chirurgischen Klinik за 1836—37 г. г. и 3) Annalen der Klinik за 1836—38 г. г. 4) Монография Ueber durchschneidung der Achillessehne 1840 г. Академическая Демидовская премия за хирургическую анатомию фасций и артерий.

Многие биографы Пирогова останавливают внимание на том факте, что он получил кафедру хирургии 26 лет. С современной точки зрения такое раннее получение ответственной кафедры просто поражает. Для времен Пирогова такое раннее получение кафедры также может считаться исключением, но такие исключения история хирургии знает. Буш получил кафедру также 26 лет, Дубовицкий современник Пирогова уже ординарным профессором сделался 27 лет.

„Н. И. Пирогов, проводя свои юные годы (по окончании курса в Москве мальчиком — 16 лет) в Дерпте, затем в Берлине, своим первым научным вдохновением обязан главным образом немецким представителям научной медицины, что он удостоверяет в своих воспоминаниях; особенно большое влияние оказал на него дерптский профессор хирургии (ученик знаменитого Scarpa, положившего начало хирургической анатомии) Мойер, европейски образованный человек“. Так говорит проф. В. И. Разумовский в своей известной речи: „Н. И. Пирогов, как научный деятель и профессор хирургии“ (*Труды XI-го Пироговского съезда, т. I, стр. 7)*. Думаю, что проф. Разумовский не совсем прав. Из автобиографии Пирогова видно,—об этом я уже говорил в первой части истории что Пирогов на самом деле жаловался на преподавание, бывшее в его время, на Московском медицинском факультете. Жаловаться-то он жаловался, а между тем это преподавание несомненно оказы-

вало на него влияние. Он сильно и успешно работал. Ведь не даром же на него обратили внимание профессора, и как только вышло повеление о посылке за границу, проф. Мухин призвал к себе Пирогова и предложил ему войти в „профессорский институт“. Московские профессора первые оценили будущий русский гений, отметили его и решили дать ему дорогу. Если всмотреться в разговор, приведенный уже мной, Мухина с Пироговым, то в нем нельзя не заметить теплоту любовно-отеческого отношения профессора к юному завтрашнему врачу, то заботливое отношение, которое проявляется к исключительно даровитым, исключительно трудоспособным, иными словами, к выдающимся студентам и молодым врачам. Московские профессора поставили правильный диагноз будущей знаменитости и именно потому предложили ему избрать специальность и ехать за границу. В Дерпте Пирогов попал под руководство проф. Мойера.

Да, Мойер был и ученик Scarpa, и европейски образованный человек, и умный человек... Но почему Мойер так привязался к Пирогову? Да потому, что увидал в нем тот блеск ума, тот захватывающий интерес к работе, ту глубину—да простят мне мое выражение—научной фантазии, которая сама влечет человека к работе, которая сама вдохновляет, которая к сожалению встречается, как исключение, но которая почти всегда профессорами—руководителями молодежи—сразу замечается, поддерживается и развивается. Вдохновение, искра божия были сами в Пирогове. Дерптский университет, главным образом Мойер, дали Пирогову возможность удовлетворить жажду работы, жажду творчества. Жизнь иногда так идет, что молодой, блещущий самостоятельностью талант, стараются заглушить. Дерптский университет, особенно Мойер, тем в истории и ценен, что дал Пирогову проявиться, дал ему—ненасытному в науке—насыщаться, дал ему с головой уйти в море анато-

мических, клинических и экспериментальных наблюдений.

Не буду придерживаться банального способа исследования хирургического роста Пирогова: следить за его развитием в Дерпте, С.-Петербурге, на Кавказе, в Крыму и т. д. Постараюсь схватить главное, чтобы представить Пирогова во весь его гигантский рост, пользуясь главным образом его собственными словами и выражениями.

Как я говорил выше, Пирогов создал госпитальную хирургическую клинику в медико-хирургической Академии. *Д-р Белогорский*, написавший историю этой клиникн (*Госпит. хирург. клиника. Диссерт. 1898 г.*), сообщает следующее: „точных данных, сколько было мест в клинике в рассматриваемый (т. е. Пироговский) период, не удалось найти. Известно только, что общее число мест в госпитале, устроенном на 1800 человек, постепено уменьшалось, вследствие уменьшения госпитальных помещений, приходивших в негодность. Далее, имеется случайное указание, что в 1846 г. в хирургическом отделении госпиталя было от 270 до 300 мест, расположенных в 14 палатах“ (стр. 52). *Д-р Белогорский* приводит интересную таблицу комплектования состава больных в клинике (стр. 64).

	Было больных.	Сделано операций.	% общей смертности.
За 1843 год.	756	16	6,34%
„ 1844 „	1129	20	3,8 %
„ 1845 „	1472	26	2,98%
„ 1846 „	1003	23	4,58%
„ 1847 „	987	71	2,3 %
„ 1848 „	656	91	7,92%
„ 1849 „	867	112	3,34%
„ 1850 „	546	149	5,43%
„ 1851—52 год.	319	149	19,74%
„ 1852—53 „	676	293	6,06%
„ 1853—54 „	599	190	8,18%
„ 1854—55 „	624	107	5,92%
„ 1855—56 „	669	103	6,77%

Из таблицы вытекает, что в среднем за год клиника располагала 792 больными. Средний % смертности, *по Белогорскому*, равен 5 с дробью. Невольно бросается в глаза малый % смертности. После всего того, что мы слышали о до-листеровском периоде, что читали сами у Пирогова, такой % смертности кажется поразительно маленьким. К сожалению, из таблицы не видно, каков был % смертности после операций. Этот % и дал бы нам искомую характеристику. У *Белогорского* мы ее не найдем. Потому остается обратиться к самому Пирогову, который никогда не скрывал ни своих неудач, ни своих удач. От самого Пирогова мы даже узнаем, какой величины была его госпитальная хирургическая клиника и как она выглядела.

„Хирургическое отделение военно-сухопутного госпиталя, состоявшее тогда почти из 1000 кроватей (вместе с глазным и сифилитическим отделениями), я нашел переполненным", пишет *Пирогов*: „нечистыми язвами и ранами, омертвевшими бубонами и остро-гнойными отеками. Почти за каждою операциею следовала пиэмия. Скорбутные умирали, при вскрытии Невы, в 24—48 часов при странных явлениях. Сначала являлись припадки, похожие на острую пиэмию (сотрясательные знобы), а потом цианотические, и при вскрытиях я в первый раз увидал огромные (в 8—10 фунтов) кровеные выпоты в околосердечной сумке и плевре. Я сам перевязывал и пиэмиков, и гангренозных, сам делал их вскрытия и был занят в госпитале по 8 и по 9 часов в сутки" (*Основы общей военно-полевой хирургии, т. 2, стр. 382)*. Вот начало деятельности Пирогова в медико-хирургической Академии, по его собственным словам.

Совершенно очевидно—так это совпадает и с таблицей Белогорского—материал для операций был незначительный (производилось около 20 операций в год), а почти всякая произведенная операция кончалась пиэмией. Если постепенно в количественном

отношении клиника уменьшалась, дойдя примерно до 300 человек, то в качественном она улучшалась. По инициативе Пирогова, поддержанной конференцией, в „1848 г. последовало высочайшее повеление об устройстве в госпитальной хирургической клинике гражданского хирургического отделения на 75 человек, из которых 10 мест для лиц благородного звания, 40 мест для мужчин нижнего сословия и 25—для женщин, с тем, чтобы эти больные содержались в госпитале бесплатно и чтобы больные гражданских больниц столицы, представлявшие особый хирургический интерес, были отправляемы в это отделение". (*Белогорский*, стр. 50).

Если Пирогов создал госпитальную хирургическую клинику, то он ее и обеспечил гражданским отделением, а это имеет громадное историческое значение, так как расширялось преподавание и раздвигались рамки научно-практической работы. Материал военного госпиталя, материал однообразный, не удовлетворял Пирогова. Он вывел клинику на широкий путь, сохранив за ней и военные места, что также имеет значение для преподавания и науки.

„Когда я вступил главным врачем хирургического отделения 2-го военно-сухопутного госпиталя в 1841 г., то я не нашел там особого отделения для нечистых и омертвелых ран и пиэмий. Меня уверяли, пишет *Пирогов*: „что для этого не предстояло никакой надобности; я поверил этому, и, не успев еще осмотреть всех больных, сделал несколько больших операций, где они были безотлагательно нужны. К моему удивлению, все свежие раны приняли вскоре худой вид. Это заставило меня тотчас же осмотреть раны и всех других, и я нашел у многих острогнойные отеки, скорбутное омертвение и глубокие инфильтраты. В сифилитическом отделении я нашел несколько молодых и крепких гвардейцев с огромными, омертвелыми бубонами; у иных омертвение занимало почти всю переднюю стенку живота. Я тогда же учредил

особое отделение и взял один дом из отдельных, деревянных флигелей (4—5 комнат), куда и поместил пиэмиков и зараженных. С тех пор, в течение 15 лет, оно никогда не закрывалось, так как главное здание 2-го сухопутного госпиталя, по своему устройству, не могло не снабжать это отделение больными; но за то в течении 15 лет я не видал ни одного гангренозного бубона такого размера, как в 1841 году. Впоследствии, я начал отделять больных с рожистыми воспалениями и думаю, не без успеха. (*Основы общ. воен.-полев. хирург., 1865. т. I,* стр. 19).

Образование особого отделения для пиэмиков, гангренозных. рожистых больных третья заслуга Пирогова перед клиникой, и очень серьезная.

Если мы сопоставим следующие факты: проект Пирогова о создании госпитальной хирургической клиники, устройство при ней заразного, в сущности изоляционного, отделения, учреждение гражданского отделения в клинике; если прибавим сюда проект устройства практического анатомического института, о чем речь шла в прошлой части, то должны будем придти к выводу, что Пирогов, вступая в качестве профессора в Академию, отличался, помимо всего прочего, дарованиями организатора. *Проф. Таренецкий* обращал внимание на то, что Пирогов никогда не был администратором, потому-мол ему кое-что может проститься. По этому поводу не могу не сказать несколько слов.

Администратор есть в конце концов распорядитель, управитель. Можно быть управителем по букве существующего закона, как бы плох он ни был, как бы он ни был устаревшим. Нужно быть администратором-организатором. Пирогов, по сути дела, был прежде всего организатором и поневоле администратором, ибо управление клиникой, хотя бы в лечебном отношении, тоже есть управление. Будучи блестящим организатором, что яснее можно будет показать в следующих главах, иногда только впадая в ошибку

под влиянием увлечения желанием самому быть во главе дела,—как то было напр. с анатомическим институтом—Пирогов и по натуре был администратор, но администратор-организатор, новатор в хорошем смысле этого слова. И вот на этом пути он сталкивался с администраторами по букве закона, да еще закона устаревшего. К типу подобных администраторов надо отнести главного врача 2-го сухопутного госпиталя Лоссиевского, который даже обвинял Пирогова в сумашествии, ибо не понимал начинаний последнего. Настоящая, истинная администрация представляет собой беспрерывную организацию; поскольку эта организация отвечает действительно существующим потребностям, потому полезна постольку хороша администрация; поскольку администрация путает с организацией, мешает не только прогрессу, а и естественному течению вещей, постольку администрация плоха. Пирогов, как администратор-организатор почти всегда был на высоте задачи. Это ясно из организации им клиники, это ясно будет и из последующего.

В сочинении *Белогорского* приведен перечень лекций Пирогова студентам 5-го класса за целый ряд лет. Чтобы не слишком загромождать изложение, но и не упустить важного вопроса, приведу, *по Белогорскому*, перечень лекций за 1844 г.:

„О болезненном процессе, сопровождающем ущемление грыж. Об особенном виде раковидного расстройства (cancer colloides). О мозговидном расстройстве печени (fungus medullaris hepatis). О разных видах аневризм аорты. О мозговидном расстройстве легкого (fungus medullaris pulmonis). О болезнях почек и в особенности о почечных камнях. Об изъязвлении мочеиспускательного канала и образовании мочевых нарывов. О производстве операции для коренного лечения бедренных и паховых грыж. О производстве вылущений стопы по разным методам. О производстве грыжесечения в различных видах ущемления грыж. О вырезании и перевязке полипов

зева и сошвении небной занавески. Об образовании искусственных губ (cheiloplastica) (*Белогорский*, 56).

Из перечня видно, что разнообразие довольно велико. Пирогов читал обо всем, что ему встречалось, при чем обращал внимание не только на сравнительно, по тогдашнему времени, сложные заболевания, как „о мозговидном расстройстве печени“, но останавливался и на банальных, часто встречающихся в госпиталях, заболеваниях.

По счастью до нас дошли 2 тетради его литографированных лекций. Называются они так: „Клинические лекции профессора Пирогова, собранные и изданные его слушателями“. Первая тетрадь издана в 1851 г., вторая—в 1852 г. Первая содержит 125, вторая—77 страниц убористого письма. В первой тетради помещены лекции: 1) о нарывах подвздошной ямки, 2) лечение подвздошных нарывов, 3) паховой бубон, 4) phymosis et paraphymosis, 5) о бугорчатке яичка. Вторая тетрадь посвящена вопросу о „больших операциях“. Обе тетради и сейчас читаются с интересом. Если вторая тетрадь носит характер скорее большой статьи, то первая оказывается рядом типичных клинических лекций. Смотря на лекции широко, Пирогов не стеснял себя выбором тем: он преподавал и сделанные им выводы, как о том свидетельствуют лекции „о больших операциях“, преподавал экспериментальную хирургию, как напр. лекции „о влиянии инородных веществ, взошедших в кровообращение (опыты над животными- впрыскивания гноя и крахмала в вены)“ и „опыты над впрыскиванием воды в вены и масла in venam portarum у собак“ (*из лекций 1845 г. по Белогорскому*). Он знакомил студентов со всем тем, чем сам интересовался. А так как он интересовался хирургией очень широко, был необычайно разносторонен, то слушатели получали все, что было тогда известно; кроме того, то до чего доходил сам Пирогов, т. е.

выходили вперед по сравнению с существующим уровнем знаний.

Тетрадь лекций 1851 г. свидетельствует и еще кое о чем. В своем проекте устройства госпитальной хирургической клиники Пирогов указывал на то, что именно в госпитальной хирургической клинике необходимо преподавание на большом количестве больных, в интересах хотя-бы сравнения болезненных форм у различных больных. В цитируемой тетради мы находим осуществление идеи Пирогова. Рассматривает ли он нарывы подвздошной области, туберкулез яичек, фимоз и т. д., всюду ряд больных, всюду сравнительная оценка разных больных. Это настоящие лекции госпитальной клиники.

Рядом с таким методом преподавания, Пирогов всюду субъективен. Это не значит, что он не излагает своим слушателям взгляды различных хирургов. Нет, других авторов он касается, но всюду он дает свое толкование, свои выводы, свои методы лечения. Такое преподавание я лично считаю более ярким, более интересным как для студентов, так и для профессора, ибо взгляды „авторов“ всегда можно почерпнуть из чтения учебников, взгляды же Пирогова можно было почерпнуть прежде всего на лекциях. Из лекций мы узнаем напр. о способе Пирогова кастрации, состоящем в отщемлении яичка вместе с мошонкой особым зажимом и отрезании яичка (перерезка funiculi spermatici вместе с мошонкой по наложенному зажиму). Еще интереснее метод лечения гнойных бубонов.

„Итак, даже не совершенно убедившись в присутствии гноя, должно употребить абортивный способ. Он состоит в проколе, которым дается выход гною или крови, или же размягченным частям железы. Что бы ни вышло—все хорошо, потому что и кровь, выходящая после прокола, есть застоявшаяся и наклонная к разложению... Прокол делается в более податливом месте узким бистури; для этого тоже поднимается железа из глубины двумя пальцами, на-

тягиваются над ней общие покровы; нож держат так чтобы разрез был параллельно Пупартовой связке и шел перпендикулярно в железу. Осязание покажет, когда нож войдет в полость и когда нужно после этого сделать поворот его...

Сильно выдавливать ненужно... Следствие прокола двоякое: 1) ранка заживает per primam intentionem, и опухоль уничтожается, или в ней снова накопляется гной и снова требует прокола (таких проколов я делывал до 5 впродолжение двух недель), 2) следствие, когда ранка не заживает per primam intentionem, переходит в нагноение, и образуется фистула, через которую выходит из железы гной по мере его отделения; тут употребляется простая теплая припарка" *(1-ая тетрадь, стр. 48—49)*.

Нет возможности воспроизвести все детали лечения различных форм бубонов; из приведенной же выдержки усматривается оригинальная мысль, которой можно пользоваться хоть и теперь. Последнее стремление школы Bier'a к бестампонному лечению не ушло дальше Пироговского лечения ограниченного гнойного воспаления паховых лимфатических желез. Думаю, с этим нельзя не согласиться.

Излагая свои мысли в аудитории, Пирогов учил студентов на обходах, заставляя разбирать больных, учил на перевязках, наконец, ввел дежурства студентов в клинике. И в этом сказывается его организаторский талант, ибо на дежурствах студенты прежде всего приучаются следить за ходом болезней, за после-операционным течением; далее, на дежурствах они знакомятся с экстренной хирургией, имеющей такое огромное практическое значение.

Я выше привел *по Белогорскому* статистику движения больных и общий % смертности в клинике Пирогова за 13 лет (с 1843 по 1856 г.). За это время прошло 10303 больных, умерло 554 человека. Я уже обратил внимание, что общий % смертности (5,37%) очень невелик. Я уже привел выдержки из слов самого Пирогова, характеризующие несколько иначе исходы оперативного лечения, чем о том можно

было бы судить, принимая в расчет только общий % смертности. У *Белогорского* вычислен общий, а не после-операционный, % смертности. Я придираюсь к этому обстоятельству, ибо хочу историей Пирогова воспользоваться для характеристики до-листеровского периода лечения хирургических больных. Если бы все 16 оперированных в 1843 г., при общем годовом количестве больных 756, умерли, то % смертности, общий %, равен был бы 2% с дробью. Пирогов сам говорит, что большая часть операций в этот период кончалась пиэмией с исходом в смерть. Ясно, следовательно, что для характеристики до-листеровского периода по Пирогову, т. е. по лучшему хирургу долистеровского периода не только в России, но почти и во всей Европе, судить нужно по иным данным. Пирогов такие данные представил.

Прежде чем об них говорить, замечу, что оперативная деятельность Пирогова в госпитальной хирургической клинике быстро развивалась. За 6 лет (с 1843 по 1849) она поднялась почти в 10 раз: с 16 до 112 в год. Развивая хирургическую деятельность, стремясь к лучшим результатам, отделив заразных больных, Пирогов все-таки постоянно жаловался на бессилие хирургии по отношению к „хирургическим казням“.

В интересах истории считаю прямо необходимым остановиться на исходах оперативной деятельности Пирогова. При этом замечу, что Пирогов был изумительный техник-оператор, изумительный знаток анатомии, поразительно умный человек, ищущий разгадки злополучных исходов, гениальный наблюдатель и прорицатель, вставший на порог листеровской антисептики. Зная, чего достигал операциями Пирогов, мы будем знать, чего могли достичь лучшие хирурги до-листеровского периода, мы будем иметь наглядное представление о том мраке, который царил в хирургии времен Пирогова и раньше него.

В статье Пирогова 1853 г., озаглавленной: „Отчет проф. Пирогова о произведенных им хирургических операциях с сентября 1852 по сентябрь 1853 г.". (*Военно-Медицинский Журнал, т. 63, ч. I. цит. по Белогорскому*), мы находим статистические данные. Остановлюсь на больших операциях:

	Операций.	Смертей.
Ампутаций.	43	21
Выпиливание костей и суставов . . .	8	2
Перевязок больших артерий	5	3
Вылущений и вырезаний наростов:		
доброкачественных	44	1
злокачественных .	29	5
Пластических операций	16	1
Грыжесечений	5	3
Литотомий и литотрипсий . .	15	7

Всех операций—малых и больших—400, смертей 45, значит, общий после-операционный % смертности немного более 10%. Больших операций, перечень которых приведен, 165, смертей 43, % смертности 26. После наиболее крупных операций, куда надо отнести ампутации, резекции, перевязки крупных артерий, грыжесечения, литотомии и литотрипсии, послеоперационный % смертности поднимается почти до 50. Само собой разумеется, и в настоящее время многое зависит от того, по поводу какого напр. заболевания предпринимается ампутация, в каком состоянии производится литотомия, но все-таки в виде образчика после-операционной смертности приведенные цифры имеют значение. Имея образчик, можно перейти к более детальному разбору вопроса.

„Я четыре раза видел", пишет Пирогов: „счастливый исход больших выпадений сальника. оставленных вне полости" живота, „но не видал ни одного безопасно окончившегося вправления; если я нахожу выпавший кусок сальника уже пораженным, то я его отрезываю, перевязывая отдельно каждый кровоточащий сосуд. Будет ли выпавший кусок велик или мал, здоровый или омертвелый. я его никогда не

вправляю" (*Основы военно-полевой хирур. 2, стр. 9*)... „Я знаю, что не все следуют этому способу. Бойе был защитник вправления сальника; но вот, что я испытал с его хваленым вправлением и на людях, и на животных. Выпавший сальник, как бы мало он ни оставался вне полости, всегда, после вправления, склеивается в безобразный комок, в нем легко образуются, между пластинками, рассеянные нарывчики (phlebitis omentalis?), от которых больные и умирают, несмотря на антифлогоз (*там же, стр 10*).

Удивительно то, что Пирогов, отрицательно относясь к вправлению сальника, считает целесообразным не только выпавшую и раненую кишку зашить, даже резецировать, но и вправить. Не говоря пока об огнестрельных повреждениях, приведу общее положение Пирогова: „что припадки раздражения, местные и общие, после наложения кишечного шва не только не бывают сильнее обыкновенных, но еще иногда и вовсе не замечаются, тому служит между прочим доказательством и следующий случай из моей практики:

„У одного больного. страдавшего жестоким ущемлением мошоночной грыжи, я нашел при операции петлю тонкой кишки растянутою газами и сильно напряженною; чтобы пройти пальцем в шейку грыжевого мешка, я оттянул ее книзу и дал держать моему ассистенту; но он, в тот самый момент, как я вводил по пальцу Поттов бистури в грыжевое кольцо, выпустил ее из рук; она попала на вогнутое острие ножа и ранилась; кальная жидкость потекла со свистом из поперечной ранки, имевшей в длину $^3/_4$''. Я тотчас же наложил 4 шва по описанному способу. отрезал концы ниток у самых узлов и легко вправил выпущенную часть. Реакции не было ни малейшей" (*2 том, стр. 21*).

К выпавшим и простреленным петлям кишек Пирогов относится также, т. е. зашивает раны. Более того: „когда выпавшая петля прострелена насквозь в четырех и более местах, то на обыкновенный шов простреленных мест, конечно, нельзя уже положиться.

В таких случаях я предлагаю вырезать простреленную петлю и сшить верхний конец кишки с нижним" (стр. 22).

„Вот случай, описанный мною в Rapport médical d'un voyage au Caucase 1849 г. который доказал мне и возможность, и необходимость этого способа. Черкесская пуля прострелила одному нашему солдату переднюю брюшную стенку, сделав около пупка два отверстия, лежавшие близко одно от другого и, вместе с тем, пронизала петлю тонкой кишки насквозь в 4 местах; петля эта, длиною до 4", выпала; из нее текло множество кала; раненый, лежал на земле, бросался из стороны в сторону и мучился страшно; он был бледен, как полотно, холоден и молил меня неотступно ему помочь. При исследовании я нашел в выпавшей кишке 4 таких больших дыры, что каждая из которых пропускала легко палец, а промежутки между ними были шириною не более 3—4 линий; от этого, самая петля была уже ненормального цвета. Я отрезал всю эту петлю (до 4") с ее 4 отверстиями и, сверх того, вырезал еще ножницами небольшой треугольный кусок из брыжейки, перевязал в ней несколько артерий, обрезав концы лигатур у узлов. Потом я соединил оба конца кишки (должно быть, это была подвздошная), 10 швами, обрезал также концы ниток у узлов, вправил кишку и перевязал брюшную рану просто. 4 дня я следил за больным; состояние его было очень удовлетворительно; реакция умеренная и никакой рвоты. На 5-ый день я должен был отлучиться, а в это время прибыли новые раненые, понадобилось место, поэтому всех прежних отправили в транспорт, между ними захватили и моего оперированного. После того я не мог об нем ничего узнать. Но, приняв даже за верное, что исход моей операции был неблагополучный, я все-таки возлагаю на этот способ большие надежды, и вот почему. Я делал опыты над животными, вырезал у них длинные, в 1 четверть аршина, петли кишек, сшивал концы их и видел, что и собаки, и кошки оставались весьма нередко в живых... Я находил при вскрытиях этих животных сшитую кишку сращенною с сальником, брюшиною и соседними петлями, швы отпадали на 8—10-ый день в кишечный канал" (стр. 22—23).

Дойдя до шва, даже до резекции выпавшей кишки, Пирогов против отыскания простреленной кишки в самой полости живота. Об этом он говорит несколько раз. „Ни один защитник шва верно не полезет в брюхо зашивать кишечные раны“ (стр. 24). Сообразно с советом Дюпюитрена и Бодана, он допускает отыскание раненой петли введенным в полость живота пальцем только при условии истечения из полости живота кала. „Совет этот при явлениях кального излития не так сумазброден, как он кажется, и я сожалею, что не следовал ему в некоторых случаях“ (стр. 19).

„Гастротомия, с целью образования искусственного свища желудка, еще ни разу не удалась“ (стр. 36). „Что касается до шва желудка (gastroraphia), то его нельзя рекомендовать так положительно, как шов кишки. Кроме того, что в огнестрельных ранах желудка шов вовсе не может быть применен, он и в порезанных. и колотых ранах этого органа не так необходим... В ранах желудка более условий к скорому сращению с соседними частями и менее наклонности к излитию содержимого в брюшную полость, чем в ранах тонких кишек“ (стр. 40). Чтобы осветить вопрос всесторонне, Пирогов приводит справку из литературы; по справке оказывается, что из известных 19 швов желудка только 1 окончился смертью. Несмотря на это, Пирогов говорит так: „зато из тех же 147 случаев повреждения желудка, в 87 не было наложено никакого шва, но это не помешало им окончиться также благополучно“ (стр. 41).

Вывод ясен: вскрыть брюшину, даже вправить обратно выпавший сальник, значит, в виде правила потерять больного от перитонита. А между тем хирургическая логика уже тогда, во времена Пирогова, требовала иного отношения: эмпирически Пирогов убедился в возможности зашивать раны кишек, экспериментально убедился в возможности даже резецировать кишки, но широкого обобщающего вывода он

не делал. Наоборот, в отношении напр. к ранам желудка он даже удерживал хирургов от того шага, который предлагали некоторые выдающиеся хирурги Запада. Самое большее, что Пирогов допускал—это попытку отыскать раненную кишку, если из раны живота течет кал. Но если этого условия нет—noli me tangere! Таков уровень хирургии брюшной полости по Пирогову. Но пойдем дальше.

Я привел выше цифры, из которых видно, что литотомии и литотрипсии давали Пирогову около 50% послеоперационной смертности. Отчего же, спрашивается, умирали больные? „Из 100 слишком вскрытий, которые я делал“, пишет Пирогов: „на умерших от литотомий, литотрипсий и других травматических повреждений пузыря, я только 14 или 15 раз не нашел мочевого затека. Еще реже случаи, в которых моча, не затекая прямо, изливается в полость брюшины и причиняет смертельную peritonitis“... „Для меня сделалось аксиомою, что причина смерти после оперативных и случайных ран пузыря заключается преимущественно в мочевом затеке и уремии“ (2, стр. 51). Сделанная сейчас выдержка дополняет собой характеристику хирургии живота.

„Я поставил себе правилом никогда в госпиталях не сшивать ни концов разрезанных мышц, ни краев кожной раны, и не заклеивать ее пластырями. Я стараюсь только сблизить края, на сколько это только возможно без напряжения, положением члена и методическим давлением на всю его окружность“ (стр. 75). „Хирург дорого поплатится, если напр. после вылущения кист на голове (atheroma, meliceris), не поторопится дать выход разложенным и скопившимся в ней сгусткам;—он потеряет много оперированных от головной рожи. Двое умерли у меня от этой причины. У многих же я останавливал рожу только тем, что, разорвав склейку раны, выпускал разложенную кровь из подкожного кармашка, остающегося после извлечения кисты“ (2, стр. 416). „По

статистическим таблицам Демме выходит, что сберегательное лечение в простых прободных ранах колена только на 4% дает менее смертности, чем в пулевых ранах, соединенных с повреждением кости: при первых из 21 умерло 15=71%, при вторых из 44 умерло 33=75%, и только на 1% менее, чем ампутация бедра по средине (72%) (стр. 95).

Когда мы переходим от хирургии полости живота к хирургии конечностей и к сравнительно мелким операциям, как удаления атером, то все с большей очевидностью пред нами начинают вставать ужасы доантисептического периода. 71% смертности при неосложненных проникающих ранах коленного сустава. Это на самом деле устрашающий % смертности!

Наибольший % смертности зависел от разного рода инфекций, поражающих операционную рану и превращающих заболевание в пиэмию. Чтобы не повторяться далее, с одной стороны,—чтобы глубже охарактеризовать Пироговские времена хирургии, с другой,—я теперь буду приводить статистику послеоперационной смертности как в мирное время, так и во время войны. Из причин смертности—это нельзя не отметить сразу—на первом месте стоит пиэмия. „Статистика пиэмий“, пишет Пирогов: „даже и спорадических,—шатче других статистик, также не отличающихся, как мы видели, математическою верностью. Так, Демме насчитывает из 600 умерших от ампутаций и резекций (в итальянскую войну) 335 пиэмиков, т. е. 56%. Но он, или принимал пиэмию в слишком тесном смысле, или же не имел достаточно верных данных.—По моему, приблизительному, расчету должно отсчитать на смертность от пиэмий (принятых в моем смысле) после больших ампутаций не 56%, а 86%“ (2, стр. 477). Имея эту предпосылку, мы будем знать, что большая часть больных, погибших после операций у Пирогова, умерли именно от пиэмии.

„14 раз я перевязал общую сонную артерию. В одном случае перевязал с успехом и обе сонные

артерии, в промежутке нескольких месяцев, одну после другой (в анастомотической аневризме головы). 2 раза перевязал сонную артерию у детей (1 года и нескольких месяцев). Из 11 первичных перевязок 6 окончились успешно" (т. 2, стр. 523). „Перевязку безымянной артерии (truncus anonymus) я делал один только раз—и без успеха" (стр. 525). „Перевязку подключичной и подкрыльцовой артерии я делал 9 раз и 3 раза с успехом" (стр. 526). „13 раз перевязывал плечевую артерию как выше начала глубокой артерии, так и в средине плеча, и 10 раз с успехом" (стр. 528). „Перевязку подвздошной артерии я сделал 14 раз. 2 раза я перевязал общую подвздошную артерию, но без успеха. 12 раз наружную подвздошную и из них 6 раз с успехом" (стр. 530). „Перевязка бедренной артерии в госпитальной практике дает не такие утешительные результаты. Из 21 перевязок я считаю только 8 достоверно успешных случаев, во всех же остальных или я принужден был, по причине вторичного кровотечения, перевязать наружную подвздошную артерию, или оперированные умирали от изъязвления аневризматического мешка, от острогнойного отека и кровотечений, или наконец результат остался мне неизвестен" (стр. 533). Итого, на 68 перевязок крупных артерий „неуспех" 36 раз, т. е. немного более 50%. Судя по общему тону изложения, „неуспех" следовало бы считать за смерть. Но такое заключение сбивается замечанием Пирогова о перевязке бедренной артерии. Так как под неуспехом перевязки крупной артерии конечности можно понимать не только смертельный исход, но напр. исход перевязки в гангрену конечности, то объяснять 50% неуспеха Пироговских перевязок исключительно смертью я не берусь. Однако, такой исход совпадал бы с небольшими числами исходов перевязок в 1852 г. (на 7 перевязок 3 смерти), о чем речь шла выше.

„Вообще из 9 случаев травматической трепанации, ранней и поздней, встретившихся мне в воен-

но-полевой практике, выздоровело 2 больных" (т. 1, стр. 147). „Из 10 сделанных мною трепанаций (9 в военно-полевой практике, см. стр. 147) только 3 имели счастливый исход; из 10 других, при которых я ассистировал, также не больше 3 окончились счастливо (т. 2, стр. 561). „И если мы сложим число всех трепанаций, сделанных во время 5 войн, то получим всего 88 случаев с 74% смертности" (т. 2, стр. 562). „Мальгэнь уверяет, что из трепанаций, сделанных в парижских госпиталях с 1836 по 1841 г., не было ни одной успешной. Нелатон из 16 не видел также ни одной счастливой (т. 2, стр. 563).

Чтобы сделать последний широкий штрих освещения послеоперационной смертности, необходимо сослаться на таблицы Пирогова, приведенные им во 2-ом томе его „Начал военно-полевой хирургии" (стр. 242а). В таблице сопоставлены результаты ампутаций и резекций Кавказской экспедиции. Голштинской войны, Крымской и Итальянской войн. Сделаю выборки из таблицы. Вылущения плеча давали от 30 до 65% смертности; ампутации плеча от 30 до 62%; ампутации предплечия от 14 до 53%; вычленения бедра от 85 до 100%; ампутации бедра от 60 до 94%; ампутации голени от 33 до 55%. Нужно заметить, что цифры смертности самого Пирогова в Крымскую напр. кампанию стоят много ниже французских, уступая, однако, в качестве исхода английским. Так напр., ампутации плеча: у Пирогова 30 50% смертности, у французов 53, у англичан 21%.

Резекции плечевой головки сопровождались 30%, резекции локтя 20-26%, резекции коленного сустава 100% (очень мало случаев—всего 6), резекции диафиза плечевой кости 44-50% смертности. Вычленения в голено-стопном суставе давали от 20 до 50% смертности.

Следовательно, в итоге процент смертности после сравнительно крупных операций колебался между 22 и 90%. Самые лучшие резуль-

таты имел Пирогов на Кавказе. Там у него вычленения плеча давали 30, ампутация шейки плеча 0 (10 операций), ампутации тела плеча 17, ампутации предплечия 14, вычленение локтя 28, ампутации бедра 57, голени—33% смертности. В госпитальной практике дело сразу ухудшалось: ампутации бедра давали уже сразу 69, ампутации голени 54% смертности и т. д.

Если сопоставить все, изложенное по поводу исходов операций, то смертность окажется все-таки очень высокой, доводившей Пирогова иногда до отчаяния. Не даром у него вырвалась классическая фраза, которая повторяется многими его биографами и которая на самом деле дает представление о состоянии духа великого хирурга. Вот эта фраза: „если я оглянусь на кладбище, где схоронены зараженные в госпиталях, то не знаю, чему больше удивляться: стоицизму ли хирургов, занимающихся еще изобретением новых операций, или доверию, которым продолжают еще пользоваться госпитали у правительств и общества“ (т. 2, стр. 458).

ГЛАВА II.

Научные взгляды Пирогова.

Если смертность после операций и была велика, если свирепствовали и госпитальная гангрена, и рожа, и пиэмия, и септикэмия, то, очевидно, хирурги того времени имели свои представления о причинах заболеваний, об их патогенезе, а отсюда выводили заключения о мерах лечения. И по поводу этой категории вопросов особенно интересно получить ответы от Пирогова, чтобы видеть то чрезвычайное напряжение мысли, которое предшествовало Листеру. Пирогов считал, что производным всех выше перечисленных болезненных форм являются „миазмы", „ферменты" что эти болезни прилипчивы и заразительны. Ряд цитат из сочинений Пирогова лучше всего обнаружит то, что сейчас сказано в общей форме. Уже в „Клинических лекциях" Пирогов проводит свои взгляды; он их развивает в ряде других сочинений, наконец, суммирует в „Началах военно-полевой хирургии". Так как именно это сочинение есть вывод научных мыслей Пирогова, то выписки будут относиться к „*Началам*".

„Не отвергая летучесть и газообразность миазм, уничтожаемую вентиляцией, я убежден однакоже, что они легко делаются прилипчивыми, оседают на все окружающие предметы и распространяются чаще посредством корпии, перевязок, матрацев, платья и госпитального белья" (т. 1, стр. 22). „Если некоторые патологические наблюдения намекают нам, что в крови организма, пораженного местным воспалением, содержится фермент, вызывающий лихорадку и вос-

паление в другом, здоровом организме, то и существование фермента в просочившейся жидкости, и его местное действие на окружность делается вероятным. Этим предположением объясняется, почему в одном случае воспалительный инфильтрат остается в местной реакции ограниченным и нормальным, а в другом, разливаясь с быстротою, заражает окружные ткани и вовлекает их все более и более в сферу патологического процесса, оканчиваясь полным их разрушением" (т. 2. стр. 268). „Химические свойства просачивающейся влаги играют главную роль в исходах острого травматического отека. Эта влага содержит в себе род фермента или закваски, обусловливающей и степень развития процесса, и степень разрушения" (т. 2, стр. 280). Все опытные хирурги убеждены, что солдат с гноящеюся раною в госпитале подвержен заражению и от раны и от госпиталя" (т. 2, стр. 285). „Принадлежит ли травматическая рожа и острогнойный отек к заразительным болезням, конечно, нельзя доказать никакими точными экспериментами. Но я убежден, что обе эти болезни могут распространяться в госпитале через заражение" (т. 2, стр. 306).

„Есть, впрочем, и один вид настоящего столбняка, вызываемого также ядом—стрихнином. Имея в виду это сходство и зная, что травматизм, при известных условиях, содействует развитию животных ядов в теле, невольно приходишь к мысли, что травматический столбняк, может быть, принадлежит к числу цимозов или миазматических болезней,—тем более, что многими наблюдателями доказано и эпидемическое его появление" (т. 2. стр. 339). „Для меня, убежденного в заразительности всех видов пиэмий, эти опыты"—дело идет об опытах Вебера с получением экспериментальной пиэмии—„могли бы быть весьма поучительны. Они доказали бы мне наглядно, в чем я также убежден, заразительность крови пиэмиков, вовсе независимую от присутствия в ней гноя" (т. 2, стр. 377).

Я последовательно приводил выдержки, чтобы показать ход мыслей Пирогова. Строя теорию, для его времени просто гипотезу, развивая ее на различных примерах, Пирогов доходит до такого построения: „гной может содержать в себе примитивную

заразу (contagium). Это свойство в некоторых видах гноя неоспоримо" (т. 2, стр. 397). „Так я убежден, что и матрацы, на которых лежали пиэмики, и углы комнат, где стояли их койки, заразительны. Однажды, я мог проследить прилипчивость гноевой заразы этим путем у 4 больных.

„После вакационного времени, когда давно уже не было пиэмиков в моей клинике, вступил в нее больной с злокачественным чирием и умер от пиэмии. Его койка стояла в углу палаты. Ближайшую койку занимал другой больной с раком губы, не лежавший в постели. Через 2 дня после смерти пиэмика я вырезал у него рак. К моему удивлению, у него развилась пиэмия — первая, которую я видел после такой операции. Я велел не занимать больными целый ряд коек, ближайших к углу, где лежал первый больной; но во время моего отсутствия положили опять в этот же угол одного солдата с костоедою локтевого сустава. Он также умер от пиэмии после резекции. Во время его болезни, ему прислуживал один добродушный старик с липомой из соседней палаты. После вылущения липомы и он помер, тоже от пиэмии".

„Сверх этих и им подобных примеров", продолжает Пирогов: „прилипчивость гноевой миазмы доказывается распространением ее через платье и руки врачей. Я часто замечал, как собаки бегали за мною и моими ассистентами, когда мы выходили на улицу в тех же платьях, в которых перевязывали госпитальных больных. Их заметно привлекал к нам особый, пронзительный (гноевой) запах, распространявшийся от платья" (т. 2, стр. 398). Отсюда видно, что Пирогов ходил вокруг и около хирургических истин об инфекционном начале разбираемых им заболеваний и о значении хирургической чистоты. Ясное дело, что четверо пиэмиков, о которых только что шла речь, имели гораздо больше шансов получить заражение во время операции от рук самого Пирогова, нежели от „угла" палаты или от матраца, хотя и эти оба источника заражения вероятны. Но что особенно по-

ражает, в связи с данными прошлой главы, это частота пиэмий. Ведь нагноения мы и теперь иногда видим, а пиэмий все-таки нет или почти нет, если говорить о пиэмиях послеоперационных. Очень возможно. что во времена Пирогова на загрязненных руках и лигатурах выкультивировывались те или иные микробы (стафилококк, или стрептококк, или диплококк), которые особенно охотно развивались в крови, микробы, так сказать, кроветропные. Значение заражения больных в госпиталях Пирогов подтверждает одним по истине замечательно - трагичным наблюдением.

„Однажды (в 1845 г.) я попал под следствие за то, что десять гвардейских солдат, лечившихся в моей клинике от острых бленнорей глаза, умерли от кровопускания. К счастию образованнейшие из членов ареопага вскоре убедились, что причину смерти должно искать не в операции, а в распространившейся с неожиданною силою миазме. При вскрытии я находил раненную ланцетом вену руки тромбозированною, клетчатое же влагалище и подкожную клетчатку на плече и предплечие пораженными острогнойным отеком“ (т. 2, стр. 405). „Основываясь на этих и других случаях, я и пришел к убеждению, что phlebitis больших стволов,—как бы она ни казалась болезнью, чисто местною, и какова бы ни была ее ближайшая причина: травматическое ли повреждение, роды ли, язвы ли, нарывы ли, сидящие на вене,—развивается в большей части случаев под влиянием миазм и эпидемий“ (т. 2. стр. 406).

Приведенные выписки колоссально интересны. Мы видим, что Пирогов в проявлении так называемых теперь осложняющих рану заболеваний справедливо винит „миазму“, даже „контагий“, констатирует, что зараза может быть передана с раны на рану и руками хирурга, и перевязочным материалом, и бельем, и матрацами, одним словом, совершенно прав с современной точки зрения, и в то же самое время, в случае с несчастными 10 гвардейцами, ищет оправ-

дания в распространении с „неожиданною силою“ миазмы, предполагая в данном случае, очевидно, заражение не через прикосновение. а через воздух. Как раз тут то и обнаруживаются шатания даже такой мысли, какой владел Пирогов, неустойчивость взглядов на хирургическую чистоту, ибо время для устойчивости еще не наступило. В случае с 4-мя пиэмиками Пирогов обвиняет все, кроме себя и хирургов, одновременно признавая значение загрязнения рук. Я не ставлю в упрек Пирогову такие противоречия. Наоборот, я хочу их сопоставлением показать, до какой степени близок он был к истине, до какой степени такой могучий ум, как ум Пирогова, добивался истины, а она от него ускользала в последней своей формулировке, в последнем своем логическом выводе. Что Пирогов, однако, был на пороге медицинской бактериологии, показывает следующее место из его сочинения:

„Взгляд о происхождении гнойного диатеза через заражение восполняет пробелы. оставляемые механическою доктриною, но он имеет ту невыгоду, что предполагает существование веществ невидимых и неподлежащих ни физическому, ни химическому анализу. В этом предположении допускается, сверх того, что частицы, распространяющие заразу, плавают в воздухе, как зародыши ферментов, и во-вторых, что заразительные ферменты развиваются и в лаборатории организма. Не имея других данных, кроме следствий предполагаемого заражения, защищаемый мною взгляд опирается однакоже на две немаловажные аналогии: одну, взятую из естественных наук, другую—из самой медицины. Хотя госпитальные миазмы и не нашли еще своего Эренберга, Пастера или Пуше, но мы знаем из микроскопических исследований этих наблюдателей, какое множество органических зародышей содержится в окружающем нас воздухе и как легко их сделать предметом наблюдений. В самой же медицине давно уже обсуждается вопрос о животных ядах, существование и свойства которых узнаются не химиею. а на самом организме, одним клиническим наблюдением. Данное им название ко-

нечно несправедливо. Яд, в обыкновенном, химическом смысле, не имеет способности развиваться и возобновляться; он может только отравлять, а не заражать. Образование же в самом организме отравляющих и заражающих ядов или ферментов допускают и защитники механической теории. Но они, для поддержания своей доктрины, придумали различие между двумя видами гнойного заражения, и рассматривают их, как две особенные болезни: одну механического, другую—химического происхождения, т. е. пиэмию и септикэмию (т. 2, стр. 424).

Точка зрения Пирогова на миазматическое, контагиозное происхождение и пиэмии, и септикэмии в настоящее время является истиной. Но интересно, что, в вопросе о происхождении пиэмии, Пирогов до известной степени шел в разрез с учением Rudolph'a Virchow'a. Virchow учил, что пиэмия—эмболического происхождения, иначе говоря, Virchow достроил и разъяснил механическую теорию происхождения пиэмии. Пирогов не был совершенным противником этой теории. Наоборот, он сам признавался, что в 30 годах он увлекался исключительно механической теорией, „увлекался тогда французской доктриною о механическом происхождении пиэмий“ (т. 2, стр. 348), „но в первый же год моей службы в С.-Петербургском военно-сухопутном госпитале (1842 г.), когда мне пришлось в одно лето сделать 300 вскрытий пиэмиков“ какова цифра пиэмиков за одно лето!—„я разубедился, увидев всю односторонность механической теории“... „В моих протоколах отмечено около 1000 вскрытий, показавших мне переносные (метастатические) нарывы в различнейших видах и степенях, и почти каждое из вскрытий убеждало меня все более и более, что пиэмия есть слишком громадное явление, чтобы быть объясненною односторонне. Как же мне после всего этого не удивляться, что теперь, через 30 лет, я нахожу ту же самую механическую доктрину на немецкой почве и в новом костюме. Я понимаю, что для анатома и физиолога она не-

сравненно привлекательнее кажущеюся точностью, чем химическое generatio aequivoca или учение о неизвестном иксе—заразе" (т. 2, стр. 349).

Итак, Пирогов никоим образом не отрицает механической теории в смысле занесения эмболов, состоящих из тромбов и гноя, но рядом с этим он задает гениальный вопрос: „не размножает ли процесс брожения множество частиц, суспендированных в гное и действующих механически, и наоборот, каждая из этих частиц не может ли заключать в себе фермент, действующий каталитически?" (т. 2, стр. 426). Тут уже поставлен вопрос о микробных эмболиях. „Заразительное начало, развиваясь первоначально и в самом гное, от скопления больных организмов в закрытых пространствах, из внутреннего делается наконец внешним. Можно с большою вероятностью предполагать, что это заразительное начало, сделавшись внешним, также разнообразно по своим химическим свойствам, как и внутреннее. Степень его заразительности и прилипчивости также должны быть различные. Поэтому и припадки, следующие за вхождением его в организм, не всегда одни и те же, но тем не менее органические изменения представляют общий характер отравления всей массы крови. Вот почему в переполненном и зараженном госпитале увидишь и множество переходных форм пиэмии и септикэмии" (т. 2, стр. 426).

В цитированной сейчас гипотезе и начало учения о различных микробах, и начало учения о различной их вирулентности. Нужно только удивляться, как мог Пирогов, только на основании клинических наблюдений и по аналогии с исследованиями Пастера, создать такую гипотезу заражения ран. Пирогов был несомненно прав: механическая теория, эмболическая теория происхождения пиэмии—это уже факт, но центр тяжести, конечно, в том, что с эмболом, с тромбом переносятся микроорганизмы. Пирогов прав: между типичной пиэмией и типичной септикэмией есть

разница, но обе они связаны целой цепью переходных форм, цепью септико-пиэмий, объясняемых как микробными эмболиями, так и степенью вирулентности тех или иных микробов, попадающих в общий поток кровообращения.

К септикэмии Пирогов прибавляет —и это также верно с клинической точки зрения—мефитическую, т. е. газовую гангрену. „Преобладающие местные явления", говорит он: „это быстрое развитие газов" (т. 2, стр. 431).

Чтобы закончить вопрос об этиологии раневых болезней, сделаю еще одну только выписку, касающуюся госпитальной гангрены, т. е. в сущности дифтерита ран. „Все приведенные факты заставляют искать причину этой болезни вне организма,—и именно, в госпитальной миазме. Если-бы она была яд,—в чисто химическом значении этого слова, то, конечно, нужно было непременно принять, что госпиталь отравляет не одним, а разными ядами,—иначе тут нельзя было бы объяснить, почему в одном случае заражение является в виде пиэмии, в другом—в виде дифтеритического процесса и септикэмии. Но миазма, заражая, сама же и воспроизводится зараженным организмом. Миазма не есть, подобно яду, пассивный агрегат химически действующих частиц; она есть то органическое, способное развиваться и возобновляться" (т. 2, стр. 451). Тут уже почти все сказано: миазма это живой микроб.

Если все это так, если все осложнения по Пирогову, как мы видели, есть результат заразы, то отсюда должны логически вытекать меры борьбы с заразой. К такой логике мы уже так привыкли, что без нее не мыслим своего хирургического дела. Этим путем шел и Пирогов.

„Как делается перенос заразительных веществ от одного больного к другому, для нас остается, в большей части случаев, пока загадкою: то только почти

верно, что два больных, помещенных вместе, заражаются гораздо легче один от другого, чем здоровые, живущие вместе с больным“ (т. 1, стр. 16).

Вот основное положение. Отсюда проистекает устройство „особого отделения“ для заразных больных.

„Нужно отделить совершенно весь персонал гангренозного отделения: врачей, сестер, фельдшеров и служителей; дать им особые от других отделений перевязочные средства (корпию, бинты, тряпки) и особые хирургические инструменты“ (т. 1, стр. 20) „Корпию, бинты и вообще всю перевязку с зараженного раненного должно тотчас, после каждой визитации, выносить на двор и сбрасывать в одно место (корзину, лохань, корыто), большую часть этих перевязок сжигать“ (т. 1, стр. 21). „Врач пиэмического, гангренозного отделения должен обращать особое внимание на свое платье и руки. Я сам, признаюсь, не был довольно осторожен. Одно время я, в том же платье, делал и перевязки больных в этих отделениях и вскрытие трупов, и хирургические операции в госпитале и приватной практике; я заметил, что свежие раны после операций стали нередко принимать худой вид, сопровождались рожами и острогнойными отеками; я приписывал это влиянию эпидемий, и когда мне заметили мои домашние что обшлага у моего фрака пахнут, то я долго еще не хотел верить, что я сам был переносщиком заразы“ (т. 1, стр. 22).

Это классическое признание, ярко рисующее нам понятия до-антисептического периода, ясно обличающее хирургическую грязь времен Пирогова.

„Матрацы играют важную роль в распространении госпитальных зараз, и потому необходимо зараженных выносить вместе с койками, матрацами и подушками“ (т. 1, стр. 22). „У нас в лазаретах часто нет особого помещения для корпии и других перевязочных средств: в той же комнате где лежат больные, стоит иногда шкаф с корпией; так было даже в гангренозном отделении 2-го военно-сухопутн. госпиталя. Можно себе представить какова должна быть под микроскопом эта корпия и сколько в ней яиц, грибов и разных спор. Как легко она делается сама сред-

ством к перенесению зараз" (т. 1, стр. 21). „При большом запасе корпии в госпиталях, я предлагаю исследовать ее сначала микроскопом, и если она окажется нечистою, то заменить ее другим материалом, какой найдется под рукою. Я перевязывал и ватою, и очищенною паклею, и пропускною бумагою и не замечал большого различия"... „Перевязочный материал должен иметь в некоторой степени каппилярность, которой недостает всем новым суррогатам" (т. 2, стр. 292). „С инструментами у нас также обходятся неосторожно, и я видел не раз, как ординаторы приносят тот же карманный набор и в гангренозное отделение, и в операционную комнату" (т. 1, стр. 21).

Меры предосторожности против занесения заразы, к которым прибегал Пирогов, как видно, все целесообразны, но в них нет той законченности, нет той логической непрерывности, которая развилась потом. У Пирогова мы находим зачатки хирургической профилактики и зачатки интересные. Эти зачатки распространяются до известной степени даже на подготовку больного, на его очистку.

„Я убедился", пишет он: „что разрез гладко выбритой кожи головы, сделанный во время, ничем не заменим" (1, стр. 339). „Теперь из Америки пришел еще новый совет соединять раны головы, склеивая или связывая длинные волоса, если они тут есть, которые растут по обоим сторонам раны. Мне кажется, что гораздо полезнее был бы совет (по крайней мере для военных врачей) не склеивать и не связывать, а сбривать волосы на всей голове" (1, стр. 340). „Для лучшего распознавания повреждений головы военный врач должен себе поставить правилом сбривать всю голову больному" (1, стр. 71).

Кто же из нас не знает, что сбривание волос перед операцией не только с головы, но отовсюду с будущего операционного поля стало законом очистки больного.

„В Крымскую войну я не истратил ни одного куска губки при перевязках ран и употреблял ее только

на перевязочных пунктах, при операциях; в лазаретах же строго запретил и фельдшерам, и больным иметь у себя губки, рассматривая их как главный резервуар госпитальных зараз" (2, стр. 297).

Отрицательное отношение Пирогова к губкам достойно замечания, изгнание их из употребления в госпиталях несомненно спасло не одну жизнь. Но опять таки и тут—недоконченность. Губка в госпиталях—рассадник зараз; губка же на перевязочном пункте при операциях почему-то невинна, а между тем ясно, что губки во время операций на перевязочных пунктах творили большое и злое дело.

„Можно держать между ранеными и больных с самыми заразительными шанкрами—раны от этого не сделаются венерическими, если будешь обходиться с перевязками осторожно; но не присмотри за этим хорошенько и шанкры привьются" (2, стр. 454).

Приведенная сейчас выдержка чрезвычайно ценна: если она устанавливает значение обязательности перевязки, в смысле меры предупреждения от заражения ран, то с другой стороны она убеждает нас в том, что в хирургических отделениях не только заражались пиэмиями, рожами, но заражались и сифилисом. Это дополняет нарисованную выше картину доантисептического периода.

Большой практический опыт и наблюдательность позволили Пирогову выработать свой способ послеоперационного ведения ран в целях предупреждения заражения их.

„Целых 15 лет я ни разу не сшивал ран после больших операций и, несмотря на это, несколько раз принужден был разрывать слишком скоро образовавшуюся склейку краев, чтобы выпустить разложенные и скопившиеся в глубине раны жидкости" (2, стр. 461) „Я по принципу высоко ценю достоинства первого натяжения и в начале моей практики я не хотел знать другого способа лечения ран. Я и зашивал, стягивал пластырями ампутационные и все

большие раны—видел и блестящие результаты. Но, со временем убедился, что в больших госпиталях и в военное время нельзя положиться на этот способ. Тут выходят наружу все его невыгоды. Затеки, рожи, инфильтраты и заражения являются в ранах, лечимых в госпиталях per primam, еще чаще, чем в предоставленных самим себе, или лечимых per secundam. С тех пор, как я в госпитальной военно-полевой практике оставил швы исключительно для пластических операций, а липкие (смолистые) пластыри изгнал вовсе из употребления, мне осталось по крайней мере утешение, что я моим искусством не увеличивал вредных последствий травмы". (2, стр. 461).

„В наше время, большая часть хирургов (по крайней мере, германских) убедилась, что рана более защищается от наружного раздражения и скорее заживает, когда она реже перевязывается. Но в военной практике нужно и в этом отношении соображаться с госпитальною конституциею. Я однажды, в мирное время, попытался в большом госпитале, зимою, оставить перевязку на ранах 8 дней, снимая только поверхностные слои, черезчур пропитавшиеся гноем. Но вонь сделалась невыносимою для больных, и все раны, по снятии перевязки, я нашел нечистыми и раздраженными, у всех почти больных развилось лихорадочное состояние, с болью и чувством тяжести в ранах. Напротив, в деревне и в частной практике я, и летом, не переменял повязок более 8 дней, хотя уже по ним давно ползали черви. Это нисколько не препятствовало развиваться отличнейшей грануляции, так что можно было помириться с небольшою невыгодою, состоявшею в экскорияциях с зудом вокруг раны"... „Поэтому, в военной практике, несмотря на хорошую грануляцию и наклонность в ране к заживлению, приходится перевязывать не менее одного раза в сутки, а обыкновенно и два раза" (2. стр. 293).

Сделанные выписки живо напоминают нам—участникам войны 1914-18 годов—дебаты о том, как часто нужно перевязывать раненых, имеет ли значение, в качестве показания для перевязки, вонь от повязки, и т. д. Пирогов, как видно, от глухого шва перешел к открытому лечению ран, как наиболее безопасному, и был совершенно прав. Нечто обратное мы

видим сейчас: при современном уровне хирургических знаний, овладевая техникой, хирургия все более и более широко применяет глухой шов. Но и сейчас вопрос о границах его применимости еще колеблется.

Рядом с послеоперационным ведением ран следует поставить те средства, кои применял Пирогов при перевязках.

„Мое любимое перевязочное средство, в свежих ранах, это теплая вода или ромашковый чай. А если раны в госпитале скоро портятся, или если гной воняет от эшар и от плохой конституции больного, то я перевязываю смесью из хлористой воды с ромашковым чаем или слабым раствором хлористой извести (2 драхмы на 1 фунт воды) с камфарным спиртом. Уже более 20 лет я не знаю в госпитальной практике никаких мазей“... „Я принужден был заменить мази примочками и попал на одну, которую и употребляю, исключительно, более 20 лет, почти во всех гранулирующих ранах. Это раствор селитрокислого серебра различной крепости. Теперь многие из хирургов уже стали его употреблять, но прежде, по крайней мере, у нас в России, об нем и помину не было; поэтому я приписываю себе заслугу введения этого превосходного средства в лечение ран“. (2, стр. 294). „Разведенный водою винный спирт и камфарный спирт, по уверениям Шедвегера, употребляется теперь для перевязок свежих ран и в парижских госпиталях (напр., в Hopital des cliniques) это называется там pansement alcogolique. Перевязка винным спиртом, как известно, старинное и знакомое даже нашему простому народу средство.. Раствор винного или камфарного спирта берется различной крепости, смотря по раздражительности раны“ (т. 2, стр. 295). „Иодистая настойка с большею или меньшею примесью воды или раствора иодистого кали... принадлежит, по моим наблюдениям, также к превосходным перевязочным средствам и в свежих ранах, и там, где нагноение сильно и вокруг раны замечается значительная серозная инфильтрация. Я смазываю ею отечное место несколько раз в день“. (2, стр. 296).

О применении Antiseptica есть уже указания в лекциях Пирогова о „больших операциях“ (1852 г.).

В „Началах военно-полевой хирургии" также рассеяны указания на применение антисептических веществ. И на самом деле: хлористая известь, азотно-кислое серебро, винный спирт, камфарный спирт, иодистая настойка, далее, креозот и некоторые другие средства все это антисептические средства.

Как я указывал в одной из глав первой части „очерка истории русской хирургии", Пирогов считал себя как бы предшественником Листера. Несомненно, как явствует из всего изложенного, идеи Пирогова предвосхищали медицинскую, специально хирургическую бактериологию; более того, Пирогов на самом деле стучался в ту самую дверь, за которой был и простор хирургии, он носился с мыслями о предупреждении инфекционных заболеваний, но он не сделал окончательного вывода. Дверь, за которой сиял ослепительный новый свет, дверь в новую историю хирургии все-таки открыл не гениальный Пирогов, а гениальный Листер.

В предыдущих главах я развивал мысль о том, что гений Пирогова сосредоточил в себе всю мощь полуторастолетнего развития молодой русской хирургии, он гениально завершил то анатомическое направление в хирургии, которое было заложено Бидлоо. В мировом маштабе Листер вылил в гениально простую формулу мысли о заражении раны, о предупреждении заражения и его лечении, которые частью были и у Пирогова, но которые у Пирогова не дошли до окончательного логического вывода, потому не дошли до строго формулированной и обоснованной системы хирургического лечения.

Чтобы дорисовать научный портрет Пирогова, мне придется остановиться над вопросом о воспалении. Пирогова не удовлетворяло понятие о воспалении, основывавшееся тогда, до известной степени основывающееся и до сих пор, на сочетании 5 симптомов. Это и сейчас понятно: с одной стороны хронические, напр., воспаления не дают некоторых симптомов вос-

паления (жар, краснота), с другой стороны, некоторые новообразовательные процессы, особенно быстро растущие, сопровождаются нередко отдельными клиническими симптомами воспаления. Патолого-анатомического критерия воспаления, выдвинутого Cohnheim'ом, тогда еще не существовало. Между тем Пирогов искал такого признака и клинического, и патолого-анатомического, который бы связал в одно целое ряд острых процессов, осложняющих течение ран, и дал возможность в то же время эти процессы до известной степени систематизировать, разделить друг от друга.

Такой признак он нашел в остром отеке. „Итак, я беру острый серозный отек за исходную точку". Вот основное положение Пирогова. „Всякая рана, всякое травматическое повреждение для меня до тех пор нормальны, пока я не нахожу в них признаков усиленного просачивания жидкостей и выпота. Правда, без выпотения плазмы в элементарных ячейках тканей немыслимо и зарощение раны; но усиленное просачивание не может не нарушить ращения ячеек и не обнаружиться различными изменениями в окружности и в самой ране. Все искусство хирурга заключается именно в том, чтобы он заблаговременно узнал присутствие выпота, определил его местопребывание, его физические свойства и его наклонность к тому или иному исходу. Где обнаружился острый отек, там он редко остается in statu quo, -будут ли сосуды опорожнены или переполнены кровью. Скоро в нем обнаруживается или наклонность к уменьшению (всасыванию), или готовность перейти в другие, разрушительные процессы. Иногда же этот переход обнаруживается так быстро, что невозможно бывает провести резкую границу между серозным и гнойным инфильтратом; один переходит незаметно в другой, оканчиваясь сливным острогнойным отеком (oedema acutum purulentum diffusum)" (2, стр. 261). „Я различаю поэтому две главные категории местных органи-

ческих явлений, следующих за первичным (механическим) действием травмы. Одна из них является в виде резко ограниченного местного инфильтрата; другая, в виде разлитого. Главное в практике различить обе формы в самом начале. Кто этого достигнет, кто менее ошибется, тот и лучший хирург" (2, стр. 263). В итоге Пирогов различает: 1) острый серозный отек. 2) острый серозно-гнойный отек и 3) остро-гангренозный отек. „Первый признак перехода остро-серозного и гнойного инфильтрата в гангренозный есть треск (крепитация), ощущаемый под кожею". Он быстро распространяется по окружности; иногда красноты вовсе нет, а иногда она делается еще сильнее и багровее, подкожные вены окрашиваются имбибированною кровью, лицо желтеет, является икота, пульс падает" (2, стр. 283). Одним словом, из остро-серозного или острогнойного отека развивается, вернее к этим отекам присоединяется то, что в последнюю войну французскими хирургами, а за ними и другими, называлось газовой гангреной и „бронзовой рожей"; последний процесс я позволил себе — и более, как мне кажется, справедливо назвать гемолитической флегмоной.

Чтобы не придираться к словам, пользуясь современным уровнем науки, оставлю в стороне термин „инфильтрат", как дающий возможность различного толкования; буду пользоваться термином „отек". Взять за исходную точку сравнений инфекционных раневых заболеваний отек—это не только оригинально, но и интересно, даже с современной точки зрения. До сих пор приходится слышать от времени до времени об „остро-гнойном отеке Пирогова". Но, по правде сказать, едва ли многие ответят точно, что это за заболевание? Пирогов совершенно прав, ибо всякое острое местное инфекционное хирургическое заболевание начинается отеком. Этот отек или остается местным; в таком случае или рассасывается, или превращается в гнойник. В другом ряде случаев отек

распространяется, т. е. становится разлитым. Чем он медленнее распространяется, тем он оказывается более наклонным к образованию скопищ гноя; чем он быстрее распространяется, тем он дает меньше скопищ гноя, тем он яснее превращается в форму именно остро-гнойного отека. Ткани при таком „остро-гнойном отеке“ оказываются при разрезе на самом деле сильнейшим образом отечными и пропитанными гноем; местами попадаются и отдельные небольшие гнезда гноя. По современной номенклатуре я бы типичный остро-гнойный отек отнес к септическим флегмонам, когда имеется сильнейший отек пораженных тканей, особенно клетчатки, когда с разреза стекает мутноватая жидкость, когда только изредка можно найти отдельные гнезда гноя или гноевидной жидкости, когда под микроскопом в мутной жидкости усматривается чистая культура громадного количества или стрепто— или диплококков, при малом количестве, даже почти при отсутствии в выпоте лейкоцитов. Но мысль Пирогова называть эти процессы остро-гнойным отеком, мысль его сосредоточить внимание прежде всего на отеке, повторяю, захватывающе интересна и сейчас. Если мы вспомним, что с коллоидально-химической точки зрения развитие местных отеков, в результате поселения на тканях человеческого организма микробов, нужно будет объяснять влиянием адсорбирующих свойств токсинов по терминологии Пирогова, ферментов; если мы вспомним, что чем вирулентнее микроб, тем с более разлитой и более быстро погрессирующей формой отека нам приходится иметь дело; если мы попытаемся все это поставить в связь с адсорбирующими свойствами токсинов, вырабатываемых развивающимися микробами, то учение Пирогова не только об остро-гнойных отеках, но и об остро-серозных и остро-гангренозных отеках появится в новом свете. Я боюсь задерживаться на этом вопросе, ибо он выходит из рамок истории, но позволю себе поставить вопрос: не прав ли был Пирогов.

выдвигая из всех симптомов, так называемых острых воспалений, отек на первое и главное место? Об этом стоит серьезно подумать. Я не предрешаю вопроса, но, может быть, точка зрения Пирогова окажется до такой степени правильной, что нам чаще придется говорить об остро-гнойных отеках, понимая под ними определенную форму болезни, дающую ключ к уразумению протекающих внутри тканей организма процессов. Теория коллоидальной химии, кажется мне, приведет нас к этому, по крайней мере, может привести.

Если я говорю об отеках Пирогова, если позволяю себе на минутку задержаться на выдвигаемых современной наукой фактах, то лишь для того, чтобы показать поразительную глубину Пироговского анализа патологических процессов. Наряду с этим не могу пройти молчанием следующего: Пирогов обладал поразительной казуистикой и удивительно умел пользоваться этой казуистикой. Как раз на примере Пирогова видно, до какой степени отдельные наблюдения, продуманные, со страданием пережитые, дают возможность мысли идти вперед, до какой степени они ложатся иногда в основу взглядов. Выше я привел целый ряд казуистических наблюдений, которыми Пирогов подкреплял свои заключения. Повторять теперь их не буду. Надеюсь, что эти наблюдения уже прочтены, тем, кто дошел до настоящего места. Здесь же я остановлюсь на несколько другой стороне учено-клинической деятельности Пирогова. Я приведу описание таких болезней, которые мне не встречались в хирургической литературе. Одно из них Пирогов постоянно описывал, начиная с 1852 г. Вот оно:

„Раны у цынготных больных принимают нередко в наших госпиталях вид кровоточивых и грибовидных (фунгозных) наростов. Это случается не только при явных признаках скорбута, но и у больных, имеющих один только цынготный habitus. Кровоточивые, грибовидные наросты развиваются нередко во время

самой перевязки, перед глазами врача. Я это часто наблюдал и в С.-Петербурге (во 2 сухопут. госпитале) и (изредка) в гангренозных отделениях в Крыму. На чистой, не наклонной к кровоточивости ране. когда она при перевязке подвергается действию воздуха, вдруг поднимается и выпячивается несколько грануляций. В несколько минут, — смотришь, и рана уже покрыта кровяными наростами. Они растут перед глазами, достигают величины голубиного яйца, и состоят из тонких, пленчатых пузырей. наполненных жидкой кровью. Если поднимется несколько таких пузырей разом, то вся рана делается чрезвычайно похожей на fungus haematodes. Наконец, растущие перед глазами пузыри лопаются, и темная, жидкая кровь брызжет из них тонким фонтанчиком или струйкою. Если снимешь один кровяной пузырь ножницами или пальцем, то вырастает тотчас же новый (2, стр. 441).

Картина, описанная Пироговым, останавливает на себе внимание. Нужно думать, что пузыри, образовывались от лопания тех капиллярных дуг, которые идут по грануляционным сосочкам. В таком случае каждый сосочек может превратиться в пузырь, который лопается и дает кровотечение струйкой. Вот вторая болезнь:

„Четыре только раза во всю мою жизнь — (три раза в частной практике и один раз в госпитальной) — я видел распространенное по всей поверхности тела и произвольное образование гноя, в виде пустул и пузырей, с дифтеритическими выпотами на губах, языке и нёбе. Пузыри лопались и оставляли после себя местами экскориации, а местами и глубокие изъязвления. Когда одни пустулы подсыхали, показывались опять новые в других местах. Наконец, не оставалось ни одного целого места на поверхности кожи Больные плавали в гное, положение их было мучительное, еще мучительнее была перевязка, которую нужно было менять 2—3 раза в день. По снятии дифтеритической корки, с губ и нёба, поверхность слизистой оказывалась экскорированною и покрывалась вскоре снова такою же коркою. Трое больных были мущины и одна женщина. У двоих

(евреев) я подозревал сифилис. Один из больных был зажиточный человек и жил постоянно в своем имении. Причины болезни нельзя было дознаться; все четверо были прежде здоровы. У двоих во время болезни явилась легкая лихорадка, у двух других ее вовсе не было. Противовенерическое лечение иодистым калием, которое я было попробовал у двоих, ухудшило только болезнь. Прижигания, иссушающие средства, кислоты, хинин, хлористый кали, короче, все, что ни пробовали — не помогало. Двое больных умерло в течение 4—5 недель, других же я оставил in statu quo, уезжая из России" (т. 2, стр. 412).

Пирогов первый во всем мире ввел эфирное усыпление раненых на театре военных действий, на Кавказе. Это было в 1848 г. Об этой стороне дела я буду говорить потом. Но он первый ввел в России эфирное усыпление в клинике, при чем создал свой способ усыпления через прямую кишку. Этот способ до сих пор разрабатывается, и некоторые хирурги остаются им очень довольны.

Если послеоперационное течение болезней, как мы видели, во времена Пирогова носило в общем удручающий характер, то и производство операций, особенно больших, без общего усыпления было сплошным кошмаром. Если „учредив особое гангренозное отделение, изгнав губки и перевязки ран церетами и мазями, удаляя каждого больного при первом подозрительном припадке, я достиг того, что в последние 8 лет исчезли из моей клиники", пишет Пирогов: „все рельефные формы госпитального омертвения, несмотря на то, число операций увеличилось от гражданских больных и, несмотря на то, что эта болезнь не переставала являться в других госпиталях (как напр. в Обуховской больнице)" (т. 2, стр. 453), то Пирогов, как новатор, не мог не стремиться к достижению обезболивания при операциях. Мы в настоящее время не имеем реального представления о больших операциях, производимых без усыпления. Сведе-

дения на этот счет, в интересах исторического освещения вопроса, можно почерпнуть опять у Пирогова.

„Общее окоченение всего тела встречается и после больших хирургических операций. После введения анестезирующих веществ в хирургическую практику случаи этого рода вряд ли могут встретиться. Но прежде, от жестокой боли и сильных страданий при операции, иногда случалась неожиданная смерть больного при явлениях, очень сходных с общим окоченением. В начале моей практики я потерял сам двоих от этой причины. Оба (мущины средних лет и крепкого телосложения) умерли под ножем, при ампутации бедра по средине. У одного, за несколько часов до операции предшествовало серьезное сотрясение тела от разорвавшейся пушки, при пробных выстрелах. В другом случае больной страдал органическим расстройством коленного сустава. В этом последнем случае оперированный страшно мучился, кричал и рвался так, что едва можно было прижимать бедренную артерию. Во время отпиливания кости вдруг крик перестал, лицо страшно побледнело, глаза выпятились из орбит, остановились, зрачки расширились, все тело окоченело, и смерть непосредственно последовала за этим явлениями" (т. 1, стр. 77).

Ясно из приведенных наблюдений, что смерть последовала от рефлекторной остановки сердечной деятельности вследствие болевых ощущений, т. е. от шока. Прежде всего введением общего усыпления требовалось устранить смертельную опасность шока, а затем уже избавить всех больных от напрасных мучений. В сочинении „Практические и физиологические наблюдения над действием паров эфира" 1847 г. Пирогов описывает уже 50 операций под эфиром, кроме того 40 наблюдений над здоровыми людьми и многочисленные опыты на животных (*цит. по Белогорскому*, стр. 83). „Пирогов неохотно приступил к этеризации, не будучи уверен в ее безопасности, а также потому, что „делать операции над человеком, находящимся в бесчувственном состоянии, есть не совсем приятная обязанность для хирурга, который успел присутствием духа, здравым суждением и при-

вычкой победить в себе восприимчивость к неприятным впечатлениям, причиняемым криками и воплями больных". Последняя фраза представляет собой собственные слова Пирогова. Из них мы можем ясно понять, какой переворот во взглядах хирургов произошел меньше, чем за 100 лет: прежние хирурги считали как бы зазорным делать операции под общим наркозом, ибо при этом отпадало требование от них особой стойкости; сейчас, думаю, хирург даже не решится на ампутацию бедра без того или иного обезболивания так смягчились хирургические нравы.

Как ни как, Пирогов быстро познал прелесть общих усыплений, привязался к ним, пользовался широко сначала эфиром, затем хлороформом. Свой способ прямокишечного усыпления он использовал, как „превосходное antispasmodicum при ущемлениях, и особливо в почечных коликах". „До сих пор в моей практике не встретилось ни одного достоверного случая скоропостижной смерти от анестезии" вот окончательный вывод Пирогова о применении эфира и хлороформа, данный им в „Основах воен.-полев. хирургии" (т. 2, стр. 488).

Пирогов первый в России и совершенно самостоятельно ввел гипсовую повязку. Эту повязку он называет своей и имеет на то определенное право. Вот как он говорит об ней:

„Неподвижная повязка, неизвестная или совсем забытая германскими, французскими и английскими хирургами, в 1848 - 1855 годах введена мной в виде моей гипсовой повязки в первый раз в военно-полевую практику, и в 1870 г. была уже почти во всеобщем употреблении в германских военных госпиталях, хотя и вовсе не в том разнообразном ее применении, которое она находит в моих руках" (краткая автобиография, стр. 21).

Пирогов создавал свои операции. Конечно, здесь на первом месте его знаменитая костно-пластическая ампутация стопы.

„Ее достоинство", соглашается сам Пирогов: „не в способе ампутации, а в остеопластике. Важен принцип, доказанный ею несомненно, что кусок одной кости, находясь в соединении с мягкими частями, прирастает к другой и служит к удлинению, и к отправлению члена" (т. 2, стр. 225). Ампутация Пирогова так всем известна (на самом деле служила прототипом костнопластических ампутаций), что на этой стороне дела останавливаться не стоит. Если можно сделать замечания, то по другому поводу.

Бывают положения, когда ампутация Пирогова может конкурировать или с ампутацией голени, или с операцией Сайма. За исключением особых обстоятельств (самопроизвольная напр. гангрена), все преимущества, конечно, на стороне пироговской операции, как дающей отличную точку опоры и очень незначительное укорочение конечности. Бывают, однако, положения, когда ампутации Пирогова приходится конкурировать с подтаранным вылущением стопы по Мальгэню. На мой взгляд, выбор падает на последнюю операцию, сохраняющую подвижный голено-стопный сустав. Я бы не заговорил здесь об этом вопросе, если бы сам Пирогов им не интересовался. А он им на самом деле интересовался. Он не мог не понимать, как замечательный анатом и исключительный клиницист, что сохранение подвижного голено-стопного сустава имеет громадное значение. Его между прочим очень обижал отзыв Мальгэня об его костно-пластической ампутации. Пирогов искал выхода.

„Пресловутая Мальгенева amputation sous astragalienne, ради которой он так очернил мою остеопластику, дала по исчислениям Старфорста и Адельман 1а 24%, смертности вместо 15%, (после Саймовской и моей), да еще не на войне, и не в одних травматических случаях. Во французских отчетах Крымской войны говорится только о 2 случаях Саллерена; оба окончились смертью" (т. 2, стр. 237).

Защищая свою операцию перед Мальгэновской при помощи статистики, Пирогов в то же время бьет

Мальгэня, утверждая — и нужно думать, правильно,— что идея операции принадлежит не Мальгэну, а его „земляку де Линьеролю“ (т. 2, стр 237). Но если Пирогов говорит, что „моей операции нечего бояться соперничества; ее достоинства не в способе ампутации, а в остеопластике“ (стр. 235), то это верно по стольку, по скольку дело касается принципа операции, и неверно— по скольку вопрос идет о выборе операции по отношению к определенному больному. Что операция Мальгэня на самом деле и с точки зрения Пирогова заслуживала самого серьезного внимания—иначе ведь и быть не могло—показывает следующее место из его сочинения: „операцию Линьероля (Мальгэня), т. е. вылущивание стопы из сустава таранной кости с пяточной я никогда не делал; но мне кажется возможным ее соединение с моею остеопластикою. Можно бы напр., вскрыв суставы таранной кости с пяточной, спилить и выровнять нижнюю сторону таранной кости, а потом приложить к ней задний лоскут с куском пяточной кости. Передний (тыльный) лоскут, в таком случае, должно бы, разумеется, сделать гораздо длиннее“ (т. 2, стр. 618).

Рядом с костнопластической ампутацией необходимо поставить другую операцию Пирогова, о которой совсем не говорят, о которой и я не знал, пока не стал читать „Начала воен.-полев. хирургии“ от доски до доски. Операция эта следующая:

„Вместо извлечения пуль, засевших в пяточной кости (повреждения не так редкого), я предлагаю другой оперативный способ, который, сколько мне известно, еще нигде не описан. Употребив его только в одном травматическом случае, я конечно не могу ручаться за результат; но один 14 летний мальчик, у которого я этим же способом удалил кусок кариозной пяточной кости, мог ступать на ногу. Операция состоит в следующем. Я делаю разрез между наружным краем Ахилловой жилы и наружною лодыжкою, веду его поперек, через пятку, доходя ножем до самой кости, и потом оканчиваю на внутренней стороне ноги, между Ахилловой жилой и внутреннею лодыж-

кою, но ближе к жиле, чтобы избежать повреждения артерии (a. tibialis postica). Потом я вкалываю маленький катилинг. тотчас впереди прикрепления Ахилловой жилы, через наружный край раны, держусь плотно ножем верхней стороны пяточной кости и вывожу его через внутренний край раны. Таким образом все мягкие части кругом заднего конца пяточной кости будут перерезаны. Тогда я провожу насквозь через верхний край разреза цепную пилу, кладу ее зубчиками на верхний край пяточной кости, тотчас у прикрепления Ахилловой жилы, и распиливаю сверху вниз. Так я получаю маленький задний лоскут, сходный с тем, который делается при моей остеопластической операции вылущения ноги, с тою только разницею, что первый уже и короче; он состоит из кожи, нижнего конца Ахилловой жилы (волокнистое влагалище не должно повреждать) и самой задней части пяточной кости... Потом задний лоскут заворачивается кверху: передняя часть пяточной кости (остающаяся в связи со стопою) отделяется бережно от надкостницы и мышц; надрезывается вдоль (на 1—2") кожа на подошве; мягкие части оттягиваются, как можно более от кости и из нее выпиливается часть, содержащая в себе пулю или кариозный секвестр... После операции задний лоскут накладывается на рану... (т. 1, стр. 217).

Одним словом, Пирогов предлагает костно-пластическую операцию для доступа к пяточной кости. Мы знаем, что костно-пластические операции для доступа в настоящее время имеют огромное применение. Не берусь сейчас сказать, кто первый предложил вообще костно-пластический доступ к тому или иному месту в организме человека. Ясно, что Пирогов тут был один из первых, если не первый.

Теперь напомню о перевязке язычной артерии по Пирогову. Пирогов и об этой операции говорит: „мой способ“ (т. 2, стр. 523).

В сочинении Саломона (Руководство к оперативной хирургии, 1840 г., т. 1, стр. 150) описана перевязка язычной артерии, но там нет ни временного вывиха подчелюстной железы, не указано значение треугольника (Пироговского), т. е. не указано на зна-

чение подъязычного нерва. Саломон опознавательным пунктом считает для отыскания артерии только заднее брюшко двуглавой мышцы (m. d. gastrici). Ясно, что Пироговский способ перевязки гораздо вернее, точнее, а потому практичнее.

Я говорил выше, что Пирогов последние 15 лет своей деятельности в клинике не зашивал раны. Однако, в начале своей деятельности он швом увлекался. И тут он выдумал свой шов.

„Инструментальный мастер Роох в С.-Петербурге приготовлял для меня отличные шелко-свинцовые нитки уже лет 17 тому назад. Они имеют ту выгоду, пред Диффенбаховскими свинцовыми проволоками, что гораздо гибче, плотнее и не требуют, для наложения шва, никаких особых игол. Шелковые концы моих ниток вдеваются в простые иглы, а средина нитки, обложенная свинцовым листком, втягивается потом легко в прокольный канал. Вместо узла я скручиваю концы два или три раза" (т. 2, стр. 505).

Пирогов был замечательный хирург-клиницист. Эту истину знали все и до меня. Я только фактами освещаю его научно-практическую деятельность. Пирогов был замечательный анатом—это также всем известно. Кроме того он был крупным экспериментатором. В перечне его лекций уже имелся ряд экспериментального характера. При изучении эфира опять он пользовался опытами на животных. Ему принадлежит известная работа, главным образом, экспериментального характера о тенотомии Ахиллова сухожилия. Работа эта написана в 1840 г. Вывод работы тот, что образующийся при тенотомии кровеной сгусток способствует возрождению сухожилия. Это сочинение до такой степени замечательно, что оно цитируется современным наикрупнейшим германским хирургом Bier'ом, как классическое. Выводы Bier'a почти совпадают с выводами Пирогова, а выводы Bier'a сделаны через 100 лет после Пирогова.

Профессор медико-хирургической академии Николай Иванович Пирогов был ставлеником немецкой партии. Во время своей деятельности в Академии он держался немецкой партии. Немецкая партия, выдвинувшая и поддерживавшая Пирогова, делала большое дело: она поддерживала русский гений. Я вовсе не берусь оправдывать все поступки немецкой, т. е. пироговской партии по отношению к Академии. Я изложил в первой части своего „очерка" свою точку зрения на разные эпизоды, касающиеся характеристики Пирогова, его партии и противной им „русской партии". Но вот в чем дело: немецкая партия могла выдвинуть на вакантную кафедру Пирогова, могла выдвинуть и не его, а кого-нибудь другого, совсем незначительного человека. А она избрала своим кандидатом именно Пирогова, Пирогова же она все время поддерживала в его столкновениях. Это имеет большое историческое значение: это не только показывает, но и доказывает, что для немецкой партии, как и для „русской" интересы Академии, интересы преподавания и науки были на первом плане. Пирогов писал сам - это его заявление мною выше приведено,—что интересы понимаются различно. Да, иногда и это бывает. Различно понимаемые интересы ведут к столкновению личностей, переходят в лично недружелюбные отношения.

Если жизнь есть борьба, то и научная жизнь также борьба. Борьба шла, идет и будет идти в научной жизни. Без этой борьбы наука бы встала. С идеальной точки зрения не должно быть ни „немецкой", ни „русской" партии, а если должна быть партия, она должна быть только научной. И мы знаем, что научные партии ведут часто жестокую борьбу между собой из-за взглядов, из-за выводов, из-за методики исследования и по другим причинам. Целый ряд привходящих обстоятельств, осложняющих времена Пирогова, обострял борьбу. Но если была во многом права „русская" партия, возглавляемая

Буяльским, то в свою очередь была права „немецкая" партия, выдвигая и защищая Пирогова. И то, и другое доказала история. Если Буяльский должен был уйти преждевременно—это несомненный минус „немецкой" партии, то к удивлению историков ушел из профессуры и также еще более преждевременно и Пирогов.

И почем знать: нет ли между уходами этих двух выдающихся людей—талантливого Буяльского и гениального Пирогова исторической связи.

ГЛАВА III.

Биографические данные о Пирогове.

В первой части „Очерка истории русской хирургии“ я приводил биографические данные касательно ряда выдающихся хирургов. Биографии выдающихся людей вообще поучительны, биография Пирогова особенно знаменательна. Его почти невероятная по продуктивности научно-практическая деятельность прямо поражает. Большинство из нас отлично знает, что иногда так называемая судьба как бы ворожит человеку: при больших дарованиях все оказывается к его услугам, ему остается срывать цветы или снимать пенки. Для громадного большинства выдающихся людей жизнь складывается совсем иначе: почти каждый шаг вперед приходится брать с боя, причем вести борьбу в крайне тяжелых условиях. Судьба Пирогова знала и то, и другое: с одной стороны она ему ворожила, с другой воздвигала серьезные препятствия, обставляла его жизнь значительными затруднениями, закаляя его энергию.

Пирогов сам написал свои автобиографии: одну подробную „Вопросы жизни. Дневник старого врача“, другую краткую письмо на имя Бертенсона. Я буду пользоваться и тем, и другим источником, но прежде всего приведу выдержку из „Вопросов жизни“, которая кладет отпечаток на все последующее, которая не только позволяет, но и заставляет анализировать Пирогова со стороны.

„Память давно-прошедшего, как известно, у стариков хороша, а у меня она хорошо сохранилась и

о недавно-прошедшем. Поэтому в моей истории прошедшего я не найду большого препятствия к раскрытию процесса брожения и переворотов, совершившихся в течение моей жизни в моем нравственном и умственном быте. Но труднее будет для меня решить, насколько я могу быть вполне откровенным с собою. Это не так легко, как кажется. Есть случаи в жизни, главные и скрытые мотивы которых невозможно иначе объяснить, как при полной откровенности с самим собою; а между тем именно в таких случаях никак не решишь, действительно ли ты откровенен с собою, или нет. Есть мотивы, до того глубоко сидящие в тайниках нашего я, что их никак не вытащишь на поверхность души, сколько бы этого ни желал: вместо них появляются другие, на вид более приглядные; в глубине сидит, упершись и притаившись, другой мотив, неясный и, главное, ни мало не похожий на всплывший. И это делается совсем не в тех случаях, где благоразумие и осторожность не дозволяют быть откровенным с другими. Нет, я утверждаю, что несравненно труднее откровенность с самим собою, может быть, потому, что она обыкновенно требуется не ежедневно, не в дюжинных обстоятельствах, а в более или менее критических и серьезных. Случается и то, что действительно не можешь решить, что было причиною того или другого, совершонного тобою, поступка, и еще труднее — почему ты тогда, при этом поступке, так, а не иначе думал" (стр. 76—77).

Приведенная выдержка говорит: я буду писать, буду писать, на сколько могу, откровенно, но для объективного суждения моих поступков, моих мыслей, для оценки их со стороны остается еще место.

„Мне сказали, что я родился 13-го ноября 1810 г. Жаль, что я сам не помню. Не помню и того, когда начал себя помнить; но помню, что долго еще вспоминал или грезил какую-то огромную звезду чрезвычайно светлую. Что это такое было? Детская ли галлюцинация, следствие слышанных в ребячестве длинных рассказов о комете 1812 года, или оставшееся в мозгу впечатление действительно виденной мною в то время, двухлетним ребенком, кометы 1812 года, во время нашего бегства из Москвы во

Владимир—не знаю" (*Вопросы ж., стр. 104*). „*Я* знаю от моих родителей—я научился русской грамоте почти самоучкою, когда мне было 6 лет" (стр. 104). „Начиная с десяти лет моей жизни, я уже помню отчетливо. И детство мое до 13 14 лет оставило по себе самые приятные воспоминания. „Отец мой служил казначеем в московском провиантском депо".. „он уже имел майорский чин, был, как я слыхал, отличный счетовод. ездил в собственном экипаже и любил, как все москвичи, гостеприимство. У отца было нас четырнадцать человек детей шутка сказать—и из четырнадцати, во время моего детства, осталось налицо шесть: трое сыновей и столько же дочерей" (стр. 106). „Средства к жизни были более чем достаточны"... „Я уже сказал, как легко и почти играючи научился читать; после того чтение детских книг было для меня истинным наслаждением" (стр. 108). „Первый учитель дан был мне на девятом году жизни" (стр. 110).

„Я вступил в школу одиннадцати—двенадцати лет, зная хорошо только читать, писать, считать по 4 первым правилам арифметики и кое-что переводить из латинской и французской хрестоматий; но я был бойкий, неленивый и любивший ученье мальчик" (стр. 131). „Меня отдали в частный пансион Кряжева, помещающийся недалеко от нас. в том же приходе, в знакомом мне уже давно, по наружности, большом деревянном доме с сараем". „Кряжев, как я теперь понимаю, был замечательный педагог в свое время; энергический, но гуманный; он сек, и то только два раза в год, не более двух, уже известных нам, другим ученикам, своею склонностью к этого рода наказаниям" (стр. 133). „Училище наше, верно, пользовалось порядочною репутацнею в Москве; в нем учились дети значительных дворянских фамилий и богатых купцов" (стр. 134). „Из этого обзора моих школьных занятий я заключаю, что первоначальное мое учение не основывалось ни на каком принципе: оно не было ни классическим, ни реальным. Всего более знаний я вынес по двум языкам: русскому и французскому: на обоих языках мог я читать и понимать читанное, мог и писать" (стр. 140).

Таким образом, Пирогов родился в зажиточной, хорошей семье, начал получать, насколько возможно,

хорошее образование. „Во время моего двухлетнего школьного ученья на нашем семействе стряслась не одна беда"... „Наконец, пришла беда, в конец разорившая нас".

„Отец мой, несмотря на свою службу в комиссариатском военном ведомстве, наверно не брал взяток. Он получал хороший доход от частных дел, которые он умел, как я слыхал потом, вести хорошо",.. „а тут вдруг, нежданно-негаданно, падает, как снег, на его озабоченную голову воровство комиссионера Иванова, отправленного куда-то на Кавказ с поручением отвезти туда 30.000 рублей. Иванов исчезает с деньгами, и—не знаю, на каком основании—присуждается казначей мой отец к взносу значительной части этой суммы" (стр. 145). „Вся наша семья была очень набожна" (стр. 147). „Отец видел ясно, что умри он сегодня и завтра же мы все пойдем по миру. Но время не терпело, и он решился взять меня из пансиона Кряжева, платить которому за меня не хватало средств, а испортить карьеру мальчику, по отзывам учителей способному, не хотелось. В гимназию отдать казалось поздно, да гимназии в Москве тогда как-то не пользовались хорошею репутацией, и вот мой отец вздумал обратиться за советом к Ефр. Осипов. Мухину, уже поставившему одного сына на ноги, авось, поможет и другому" (стр. 207).

„Непременно предопределено было Е. О. Мухину повлиять очень рано на мою судьбу"—пишет Пирогов.

Я говорил выше, что московские профессора первыми оценили Пирогова и решили дать ему дорогу. Я ссылался в одной из глав I-ой части на знаменательный разговор Мухина с Пироговым касательно посылки последнего за границу. Мухин знал Пирогова с детства, знал его способности и любовь к занятиям и сразу выдвинул его кандидатуру на заграничную командировку. Семейное несчастье, полное разорение, такой факт, который обычно резко врезается в память, значит, жестокий удар судьбы для Пирогова в конце концов поворачивается в дру-

гую сторону он служит первой причиной всей будущности великого ученого и хирурга-клинициста. „Мухин, профессор, советует послать меня прямо в университет, покровительствует на испытании, а по окончании он же приглашает вступить в профессорский институт. И за все это чем же я отблагодарил его? Ничем. Скверная черта, но она не могла не проявиться во мне. Почему - скажу потом".

„Теперь бы я готов был наказать себя поклоном в ноги Мухину; но его давно и след простыл" (207).

„Вступление в университет было таким для меня громадным событием, что я, как солдат, идущий в бой, на жизнь или смерть, осилил и перемог волнение и шел хладнокровно. Помню только, что на экзамене присутствовал Мухин, как декан медицинского факультета, что, конечно, не могло не ободрять меня" (218). „Это было в сентябре 1824 г. С этого дня началась новая эра моей жизни" (218).

„Прошло менее года, судя по расчету времени, и гораздо более, судя по одним воспоминаниям, с тех пор, как я вступил в московский университет, и страшное горе-злосчастье разразилось над нашею семьею" (236). „Настал день 1 мая, гулянье в Сокольниках, день превосходный, солнечный, теплый... Радостно я уходил в университет, в надежде, возвратившись, тотчас же поехать с отцем за город; грустно было мое возвращение и теперь, 56 лет спустя, сердце ноет, когда привожу на память, что увидел я, возвратившись домой"... „я пробежал чрез двор в сени, и лишь только отворил дверь в большую комнату (залу), мне представился стол, а на столе—темнобагровое, раздутое лицо отца, окаймленное воротником мундира" (237). „Не прошло и месяца после внезапной смерти отца, как мы все, мать, двое сестер, и я, должны были предоставить наш дом и все, что в нем находилось, казне и частным кредиторам. Приходилось с кое-какими крохами идти на улицу и думать о завтрашнем дне. В это время явилась неожиданная помощь" (стр. 296) со стороны троюродного брата отца. „Как я или - лучше - мы проницественствовали в Москве во время моего студенчества, это для меня осталось загадкою". „Порядочное помещение и сытный стол доказывают, что в

то благодатное для бедняков время можно было учиться, несмотря на бедность. Зато и ученье было таковское на медные деньги" (стр. 303).

Характеристика обучения на медицинском факультете приведена мной в первой части „очерка". Здесь я ее пропускаю и сразу перехожу к жизни Пирогова в Дерпте.

„Что же я вез с собою в Дерпт? Как видно, ничтожный запас сведений и сведений более книжных, тетрадочных, а не наглядных, не приобретенных под руководством опыта и наблюдения. Да и эти книжные сведения не могли быть сколько-нибудь удовлетворительны, так как я в течение всего университетского курса не прочел ни одной научной книги, ни одного учебника, что называется, от доски до доски, а только урывками, становясь в пень перед непонятными местами: а понять многого без руководства я и не мог.

„Хорош я был лекарь с моим дипломом, дававшим мне право на жизнь и на смерть, не видав ни однажды тифозного больного, не имев ни разу ланцета в руках. Вся моя медицинская практика в клинике ограничивалась тем, что я написал одну историю болезни, видев только однажды моего больного в клинике, и для ясности прибавив в эту историю болезни такую массу вычитанных из книг припадков, что она поневоле из истории превратилась в сказку" (323—324). Перед отправлением в Дерпт Пирогов с другими был послан в Петербург для сдачи экзамена. „Для нас, врачей, пригласили экзаменаторов из медико-хирургической Академии, и именно Веланского и Буша. Буш спросил у меня что-то о грыжах, довольно слегка, я ошибся только per lapsum linguæ, сказав вместо: art. epigastrica - art. hypogastrica. А я, признаться, трусил. Где, думаю, мне выдержать порядочный экзамен из хирургии, которою я в Москве вовсе не занимался. Радость после выдержания экзамена была, конечно, большая" (335).

„Иван Филиппович (так его звали по-русски) Мойер, эстляндец, но происхождения по отцу голландского, был профессор хирургии в дерптском университете" (336). „Характер Мойера нельзя было определить одним словом; вообще же можно сказать,

что это был талантливый ленивец“... „В наше время... Мойер к своей науке был уже довольно холоден; читал мало; операций, особливо трудных и рискованных, не делал; частной практики почти не имел, и в клинике нередко большая часть кроватей оставались незамещенными“... Несмотря на это, он „занимался с нами по целым часам препарованием над трупами в анатомическом театре“ (339). „Он делал операции, можно сказать, с чувством, с толком, с расстановкою“ (340).

Характеристика Мойера приведена мной сейчас словами Пирогова. Она всецело подтверждает то, о чем я говорил в прошлом, что вдохновение Пирогова было его собственным. Мойер сам увлекся Пироговым и остальной молодежью, увлекся до того, что „к удивлению знавших его прежде“ просиживал за препаровкой трупов часами. Он вдохновился приехавшей из Москвы молодежью и, как понимающий науку, как образованный и прекрасный человек, работал с ними, как старший товарищ и друг.

„К концу семестра 1827 г. явились и последние члены нашего профессорского института — харьковцы, в числе четырех. Один из них, Ф. И. Иноземцев, был, как и я, по хирургии, с тем только различием от меня, что, во-первых, это был уже человек лет под 30, не менее 27—28, а во-вторых, он был несравненно опытнее меня и более, чем я, приготовлен... Немудрено, что я начал ему завидовать. Это скверное чувство особливо выражалось в моем дневнике, который я некоторое время вел тогда очень аккуратно“ (344).

„Сверх зависти меня возмутило против Иноземцева и еще одно: однажды, — я жил тогда еще у Мойера, — я простудился и заболел. Мойер приходит навестить меня и намекает мне довольно ясно, что я порчу себя питьем водки; после такого намека, я, взволнованный и еще больной, являюсь к Екатерине Афанасьевне Протасовой (дочь Мойера) и говорю, что я не могу долее оставаться в их доме, так как я заподозрен в пьянстве. Старушка ахнула: „откуда, батюшка, такое взял? Я рассказал. Потом вышло, что Иноземцев стороною намекнул что-то, где-то,

как-то, что я склонен к злоупотреблению спиртными напитками" (344).

Трудно допустить, чтобы Иноземцев—этот красивый, самодовольный брюнет, по сравнению в то время с Пироговым хирург, гораздо более опытный, выдвинул бы против Пирогова обвинение в пьянстве. Люди прибегают иногда просто к клевете, когда дело идет о серьезной борьбе. Но в данном случае не было повода для борьбы. Сам Пирогов признает, что Иноземцев видел его „раза два на-веселе". Очевидно, об этом шел разговор, может быть, даже шуточный. Мойер, внимательно относящийся к Пирогову, хотел предупредить несчастье в виде пьянства. Пирогов, человек самолюбивый, завидовавший в то время Иноземцеву, поднял бурю из-за сравнительного пустяка. Когда дело дошло до серьезной борьбы, то Иноземцев, пользуясь связями, сразу получил кафедру в Москве, кафедру, о которой мечтал Пирогов. Пирогов же Мойером был приглашен в Дерпт, а в 1827 году Иноземцеву едва ли еще нужно было прибегать к таким гадким средствам борьбы, как обвинение Пирогова в пристрастии к алкоголю.

Положение Пирогова в Дерпте в период учения было тяжелое. Ведь он был беден, очень беден. До какой степени материальное его положение бывало грустно, показывает следующий эпизод.

„Я должен покаяться, вспоминая об Иноземцеве. Я теперь и сам бы себе не поверил или лучше, не желал бы верить: но что было, то было. Я нередко, по недостатку денег к концу месяца, оставался день или два без сахара, и вот, в один из таких дней, меня чорт попутал взять тайком три, четыре куска сахара из жестянки Иноземцева. Он как то заметил это, и запер жестянку. О, позор, дорого бы я дал, чтобы это не было былью" (344).

Теперь я перейду к освещению научной работы Пирогова в Дерпте.

„Приехав в Дерпт без всякой подготовки к экспериментальным научным занятиям, я бросился, очертя голову, экспериментировать, и, конечно, был жестоким без нужды и без пользы“ (342).

„Занятия мои с каждым годом увеличивались; особливо занимался я разработкою фасций и отношений их к артериальным стволам и органам таза. Это предмет был совершенно новый в то время... Я делался с каждым днем все более и более специалистом, предаваясь по временам изучению самостоятельно какой-либо одной ограниченной специальности. Дошло до того, что я перестал посещать лекции по другим наукам, кроме хирургии... Посвятив себя одиночным занятиям в анатомическом театре, в клинике и у себя на дому, я действительно отвык от лекций“ (349). „Нас послали в Дерпт на два или три года, а мы между тем пробыли там целых пять лет. Это сделала для нас июльская революция 1830—1831 годов“ (350).

„Меня уже прежде интересовала, и в хирургическом, и в физиологическом отношениях, перевязка брюшной аорты, сделанная тогда только однажды на живом человеке Астлеем Купером. Случай этот окончился смертью. Но оставалось решить, действительно ли эта операция может быть произведена с надеждою на успех. Я стал делать опыты над большими собаками, телятами и баранами. Всех долее после этой перевязки жил у меня один баран в имении Штакельберга, в котором я гостил летом у Мойера, верст 15 от Дерпта. Результат всех моих опытов и наблюдений был тот, что в большей части случаев перевязка брюшной аорты, замедляя внезапно кровообращение в больших брюшных артериальных стволах, причиняет смерть чрез онемение спинного мозга (паралич нижних конечностей) и приливами крови к сердцу и легкому. Но кровообращение после перевязки аорты не прекращается в нижних конечностях, и кровь тотчас же после перевязки струится из ран бедренных артерий; а перевязка аорты, сделанная постепенно (чрез постепенное сдавливание артерии помощью ручного прибора), хотя переносится довольно хорошо, дает, однако же, повод к последовательным кровотечениям“ (353).

Перед нами совсем молодой Пирогов, уединившийся для изучения фасций, ставящий себе такие

проблемы, как перевязка аорты, и разрешающий научный вопрос экспериментами.

Где же тут вдохновение, почерпнутое от Мойера, как то хочет доказать Разумовский? Тут только одно: вопросы ставятся самим Пироговым, им разрешаются, а Мойер радуется, поддерживает и поощряет. Мойер сам поражен... Он только направляет Пирогова на правильный путь в смысле жизненной практики: так он советует Пирогову сдать докторский экзамен, когда размечтавшийся Пирогов хочет отказаться от экзамена, полагая, что докторский диплом „так дадут и без экзамена дельному человеку".

Дальше биография Пирогова складывается так: „пребывание в Берлине и Геттингене 2 года. Во время возвращения в Россию, опасная болезнь на пути, в Риге... Нежданно и негаданно вдруг предложение бывшего ректора Дерптского университета и моего учителя Мойера занять кафедру его в Дерпте, но не без оппозиции со стороны других факультетов, и особенно теологического. Итак, случай, болезнь, выводит на новое поприще" (*краткая автобиогр., стр. 13*).

На самом деле судьба Пирогова складывалась удивительно: разорение семьи его отца приводит его в университет на медицинский факультет и в конце концов в Дерпт; опасная болезнь, назначение Иноземцева профессором в Москву кончается для Пирогова кафедрой в Дерпте. Несчастье кончалось счастьем.

„5 лет профессуры, требовавшей ежедневно 8 часов занятий в клинике, аудитории и анатомном институте с слушателями. В это время изданы: 1) Anatomia chirurgica truncorum arteriorum atque fasciorum на латинском и немецком языках, с атласом in folio; 2) Annalen der chirurgischen Klinik за 1836 1837 г.г. и 3) Annalen der Klinik за 1836 1838 г.г.; 4) монография Ueber Durchschneidung der Achillessehne 1840 г. Академическая Демидовская премия за хирургиче-

скую анатомию фасций и артерий“ (стр. 13). „И про себя я знаю, что во время моей профессуры в Дерпте“, говорит Пирогов в „*Вопросах жизни*“: „мне легче было читать и писать по-немецки, чем по-русски; читая и пиша, я и думал по-немецки; немцам, читавшим писанные мною лекции, приходилось исправлять немногое, только некоторые падежи и незначительные слова“ (стр. 142).

„Еще в Москве я слышал мельком от кого-то о вырезании суставов и образовании искусственных суставов. Прибыв в Дерпт с полным незнанием хирургии, я, на первых же порах, нигде не читав о резекциях суставов, вдруг предлагаю у одного больного в клинике вырезать сустав и вставить потом искусственный. Предложение это я делаю одному товарищу... Товарищ передал Мойеру... Мойер покачал головой и начал трунить надо мною, что я поверил такой нелепице. А нелепицу эту я сам изобрел. Я должен был прикусить язык и смеяться над собственною нелепостью“... Ну разве не гений?!. Правда, это не пересадка суставов, достояние 20-го столетия, но нечто своеобразное и в конце концов все-таки осуществимое. Гениальный ум и гениальная научная фантазия вели Пирогова так далеко, что его современники, и опытные, пожимали плечами над мыслями мальчишки, заставляли и его смеяться над собой, сконфуженного, а в то же время заставляли его отмечать, его уважать, ему удивляться.

Когда Пирогов после своей болезни явился проездом в Дерпт, произвел операцию литотомии в присутствии Мойера в 2 минуты, произвел несколько других тяжелых операций, поразивших всех своей быстротой и ловкостью, то Мойер предложил Пирогову свою кафедру: Пирогов победил Мойера, а Мойер окончательно признал Пирогова. „Кафедра в Москве для меня уже потеряна“, отвечал Пирогов Мойеру: „теперь мне все равно, где я буду профессором“ (*Вопросы жизни*, стр. 457). Кафедра

в Москве—вот была заветная мечта Пирогова.

„Вот я, наконец, профессор хирургии и теоретической, и оперативной, и клинической. Один, нет другого“ в Дерпте. Тут Пирогов проработал 5 лет. „Я положил себе за правило, при первом моем вступлении на кафедру, ничего не скрывать от моих учеников, и если не сейчас же, то потом и немедля открывать перед ними сделанную мною ошибку, будет ли она в диагнозе, или в лечении болезни“ (стр. 480). В этой одной фразе целое новое миросозерцание на задачи профессора. Надо правду сказать, что нередко ошибки в диагнозе, ошибки в операции, в технике ее производства, оказываются особенно поучительными для хирурга. Но поучительность ошибок для самого хирурга может не быть поучительна для других: можно, по недостаточности знаний, делать такие ошибки, которые с современной точки зрения не только не поучительны, но и не простительны. Значит, прежде всего, если Пирогов решил „ничего не скрывать“, он считал за собой право не скрывать, а это право дается не всем. Ведь если ошибки скрывают, то скрывают их именно в виду их непоучительности, в виду их, если можно так выразиться, иногда хирургической безграмотности. Я вполне разделяю точку зрения Пирогова о необходимости сознаваться в своих ошибках, о необходимости говорить о них, чтобы самому на них учиться и учить других, но для такого покаяния нужен определенный авторитет, нужна уверенность в своих знаниях, нужно, наконец, понимание причин своих ошибок. Все это у Пирогова было. Он имел право ошибаться, он это право приобрел, он ошибался и в этом открыто признавался. „Появление на свет 1-ой части моих клинических анналов,“ повествует Пирогов: „доставило мне почти в одно и то же время, приятность и выгоду... Энгельгардт (профессор минералогии), цензор и ревностный пиэтист, неожиданно является ко мне, вынимает из кар-

мана один лист моих анналов, читает вслух, взволнованным голосом и со слезами на глазах, мое откровенное признание в грубейшей ошибке диагноза, в одном случае причинившей смерть больному; а за признанием следовал упрек своему тщеславию и самомнению. Прочитав, Энгельгардт жмет мою руку, обнимает меня и, растроганный донельзя, уходит" (483). Пирогов сознавался в грубейшей ошибке, это признание вызвало умиление у проф. Энгельгардта, но грубейшая ошибка, сделанная Пироговым, имеет особое значение, она поучительна: если я, профессор, делаю такую ошибку, то, значит, и вы слушатели, можете ошибиться: но смотрите, как ошибка опасна, избегайте ее... Вот поучение признания Пирогова.

Останавливаться на деятельности Пирогова в медико-хирургической Академии я не вижу никаких оснований: эта сторона его жизни достаточно разобрана в предыдущих главах. Не могу обойти молчанием некоторых деталей, о которых еще не упомянул в прошлом изложении.

Пирогов работал в госпитальной хирургической клинике по 8—9 часов в сутки. Об этом речь уже шла. Одновременно с этим от вскрывал трупы и занимался анатомическими исследованиями. Окруженный всегда атмосферой вони и гнили, вдыхая и проглатывая воздух, кишащий микробами, он заболевал. Поправившись, опять принимался за работу.

„Когда я в марте 1841 г. переехал из Дерпта в С.-Петербург, и принял хирургическое отделение 2-го военно-сухопутного госпиталя, то за исключением наклонности к поносам я чувствовал себя, вообще, хорошо, хотя никогда не имел цветущего здоровья. Поносы у меня являлись по временам, начавшись за 2 года до моего переселения в С.-Петербург. после отошедшего с мочею небольшого оксалата. Известное действие невской воды поддерживало наклонность к поносу. Но от 2 3 ежедневных и желчных испражнений я не чувствовал никакой слабости, и имел хороший аппетит" (*Воен.-полев. хирургия*

т. 2, стр. 381). Затем идет рассказ, мною приведенный выше, о состоянии хирургического отделения (см. стр. 163—165). При таких напряженных занятиях застало меня лето, в том году необыкновенно жаркое. Число пиэмиков не уменьшалось, а вскрытия трупов я должен был делать, за недостатком анатомико-патологического театра, в ветхой, душной и лежавшей на полуденном солнце бане. Вонь от пиэмических и гангренозных нарывов, встречавшихся почти при каждом вскрытии, была нестерпимая. Хотя обоняние у меня от природы слабо, но и я должен был иногда выходить на воздух от вони. Табаку я тогда еще не курил. Вскоре я начал замечать, что при вскрытиях и долгих перевязках худых ран, меня вдруг схватывали сильные боли живота, тотчас же исчезавшие после обильного, вонявшего гнилыми яйцами и прогорлым жиром, испражнения. Каждое испражнение сопровождалось отрыжкою, легкою тошнотою и слюнотечением. Сначала я счел это за мой обычный понос. Но тогда же я заметил, что и резь в животе, и понос не показывались, когда я менее был занят в госпитале или когда выезжал для прогулок за город; с занятиями же в секционной комнате или в гангренозном отделении и то, и другое возвращалось. Хотя к осени число пиэмиков и гангренозных в госпитале уменьшилось, но здоровье мое уже не поправлялось, и впродолжение всей зимы я наблюдал у себя целый ряд новых припадков. Очень часто, во время утреннего госпитального визита, я чувствовал дрожь по спине, давление под ложечкою, проходящую головную (гастрическую) боль, лицо бледнело, черты изменялись. Но все это тотчас же проходило, когда я принимал один прием касторового масла. В конце зимы мои госпитальные занятия снова усилились. Я, как консультант, посещал еще другой госпиталь (Обуховский), тоже обиловавший пиэмиками, и делал там вскрытия трупов. В феврале 1842 г. я уже сильно заболел; болезнь началась запором с небольшою болью живота; потом, без всякого местного страдания, следовала невыразимая слабость, бессонница, звон в ушах, язык обложился, аппетит исчез и запор продолжался, хотя живот не болел и не был натянут, лихорадки вовсе не было. Исхудавший и анемичный лежал я целые 6 недель в постели. Лекарств я никаких не мог переносить. Я думал много о причинах моей болезни, но никак не мог попасть

на настоящую. Один опытный практик, мой хороший приятель, уверял меня впрочем и тогда уже, что я заразился в госпитале, но это слишком противоречило моим тогдашним взглядам на пиэмию. Наконец, отчаявшись в выздоровлении, я, без ведома моих врачей велел себе сделать ароматическую ванну и принудил себя выпить стакан горячего пунша. Целую ночь после этого я провел в беспокойстве и волнении, мне казалось, что я брежу—хотя этого вовсе не было; а через 24 часа получил я вдруг сотрясательный озноб, так сильный, что, дрожа, я привскакивал в постели, мой пульс упал, я почувствовал, что сердце перестает биться, и я падаю в обморок и в то же самое время сделалось непроизвольно с сильным бурчаньем в животе, обильное, вонючее и желчное испражнение, за которым следовал, в течение целых 12 часов, такой проливной пот, что каждые четверть часа должно было переменять рубашку. Я начал с жадностью глотать хинин и херес; аппетит показался на другой же день. С выздоровлением показалась также охота к табаку, которого я прежде не курил. После этой болезни не проходило ни одного года, в котором бы я не был болен два или три раза анемией, поносом с резями и желчными (иногда почти черными) испражнениями, головною болью и катарром бронхий... Но когда я оставлял мои госпитальные занятия, или выезжал летом из С.-Петербурга на море купаться, то я чувствовал себя, как нельзя лучше, и понос и катарр прекращались" (стр. 382—383). У себя в деревне я много имел дела с хирургическими больными, почти всякий день оперировал, перевязывал, и по 5—6 часов в день принимал у себя больных. Но, как пиэмиков не было между ними и они не лежали в госпитале, то я и был все время (полтора года) здоров" (стр. 384).

Из описания истории болезни Пирогова можно, думаю, придти к выводу, согласному с ним, что болезнь зависела от работы в госпитале и секционной, что вдыхание, особенно проглатывание массы микробов, способствовало развитию катарра желудочно-кишечного канала. Это, конечно, не была пиэмия, но болезнь, вызванная микробами гниения.

Пирогов получил кафедру в медико-хирургической Академии в 1841 г. Ушел из Академии в 1856 г.

„5-го мая 1856 г. он подал просьбу об увольнении его по расстроенному здоровью и по домашним обстоятельствам от службы в Академии. Конференция Академии постановила дать ход этой просьбе Н. И., оговорившись в протоколе своем 5-го мая 1856 г., что „она, хотя вполне умеет ценить ученые труды и заслуги г. профессора Пирогова и желает, чтобы он продолжал еще ученое поприще при Академии, но не считает себя вправе останавливать прошение его об увольнении“. А 28 июля 1856 г. состоялся высочайший приказ об увольнении Пирогова от службы“ (*Белогорский*, стр. 41).

Проф. Разумовский в своей, мною уже цитированной речи, говорит так: „до сих пор загадочным остается факт выхода Н. И. из профессоров Академии, на 46 году жизни, в самый разгар учебно-научной его деятельности“. Если нельзя совсем выяснить этого вопроса, ибо, как увидим, кое-что остается неизвестным, то во всяком случае можно пролить на выход Пирогова из профессоров довольно яркий свет. Прежде всего сошлюсь на самого Пирогова:

„В это время (1855 1856) у нас принялись заниматься вопросом о воспитании: все убедились, что по прежнему шаблону нельзя воспитывать, если общество и государство желают иметь людей, а не обезьян и кукол; у меня также выростали сыновья; знакомый из 20-летнего опыта с воспитанием студентов, бывших моими учениками, и зная его вопиющие недостатки, я, под влиянием общего в то время настроения, написал „Вопросы о жизни“, пропущенные цензурою только потому, что они печатались с разрешения велик. князя Константина Николаевича в „Морском Сборнике“. Резкое выражение, глубокое убеждение в нелепости тогда всеобщего почти сословно-специального воспитания и страшный разлад между школою и жизнью произвели сильное впечатление; это, может быть, не совсем забыто и теперь, когда так легко забывается все прошедшее. Министр народного просвещения Норов, под влиянием этого впечатления-как он сам писал мне о том, пригласил

меня занять место попечителя Одесского учебного округа; решившись оставить службу в медико-хирургической Академии, я принял это предложение, под условием, чтобы программа моих действий была принята министерством: дано было полное согласие, и вот с 1857 г. начинается моя научно-педагогическая деятельность" (*краткая автобиография*, стр. 17).

Из приведенного рассказа Пирогова вытекает, что, 1) он получил приглашение попечителем, еще будучи профессором, следовательно, раньше выхода в отставку из Академии, 2) что он очень интересовался вопросами педагогики и, очень возможно, перспектива широкой общественной деятельности манила его, увлекающегося всяким новым делом. Вопрос сводится к следующему: решил-ли он оставить Академию после приглашения Норовым, следовательно, под влиянием этого приглашения - тогда дело было бы крайне просто, или, решив оставить Академию, он воспользовался приглашением Норова. На основании приведенной выписки второе толкование более правильно: Тогда спрашивается, почему он решил оставить Академию? До известной степени этот вопрос может быть так-же освещен.

„За труды, понесенные Пироговым в Севастополе, высочайше повелено считать каждый месяц, проведенный в Севастополе, за год выслуги и по ученой части, в виде особого изъятия. На этом основании в 1856 г. исполнилось слишком 30 лет ученой службы Пирогова и он был возведен в звание заслуженного профессора" (*Белогорский*, стр. 40).

Нельзя теперь не вспомнить, что в 1843 г. за выслугу 30 лет был уволен Буяльский, хотя последний просил о своем оставлении при Академии. Закон об отставке после 30 летней службы был не отменен. Следовательно, Пирогова могла постичь участь Буяльского, если бы он возбудил ходатайство об оставлении его еще на 5 лет. Даже если бы конференция

присоединилась к такому ходатайству, тем не менее дело могло было быть решено не в пользу оставления Пирогова.

Нельзя забывать, что Пирогов, в течение своей деятельности в Академии, при разных неудобных для себя положениях, выходил с помощью подачи в отставку. Обычно его уговаривали остаться, и он оставался. Подачей в отставку Пирогов, как крупный человек, пользовался в виде тактического приема. Что это на самом деле так, обнаруживается не только из подач в отставку самого Пирогова, но и из его взгляда на такой маневр, выраженный им своему помощнику Неммерту.

В 1847 г. Пирогов „предлагал конференции, по утверждении Неммерта адъюнкт-профессором, послать его за границу, как кандидата, известного конференции своими способностями, ловкостью в производстве операций и обширными сведениями в анатомии и хирургии. Несмотря на столь лестную рекомендацию Пирогова, и на то, что в тот же день состоялось постановление конференции согласно с предложениями Пирогова, дело об избрании Неммерта в адъюнкты затормозилось. Тогда Неммерт, по совету Пирогова подал даже прошение об отставке; это подействовало"... (*Белогорский*, стр. 118).

Расчитывал-ли Пирогов своим прошением об отставке предупредить необходимость своего ухода это вопрос, конечно, открытый. Может быть - да, может быть—нет. Скорее—да, чем нет. Во всяком случае роковую роль сыграло его 30-летие. Нужно думать, что особое изъятие, разрешавшее ему зачислить каждый месяц работы в Севастополе за год ученой деятельности было „изъятием" в смысле милости, а не в смысле способа устранения его со службы. Но в данном случае милость совпала с неприятностью; вышло как раз наоборот тому, что обычно с Пироговым происходило: обычно крупное несчастие влекло за собой особое счастие; здесь же исключительная милость повлекла за собой необходимость выхода в отставку. Так как Пирогов уже имел приглашение на

пост попечителя Одесского округа, так как это занятие для него представляло большой интерес, то никаких следов какого-нибудь волнения, тревоги со стороны партии Пирогова, по поводу его ухода, история, видимо, не удержала. По крайней мере, мне таких данных пока неизвестно.

Уход Пирогова из профессуры не остался для хирургии бесследным. Как это ни странно покажется, но я буду утверждать, что этот уход в конце концов для хирургии оказался выгодным.

Причин для такого утверждения я имею две: 1) благодаря уходу Пирогов провел свои наблюдения в деревне, что, как мы сейчас увидим, имеет огромное значение: 2) он впоследствие нашел время написать свои классические „Начала общей военно-полевой хирургии". Если бы Пирогов оставался дальше профессором, весьма вероятно, мы бы не имели ни того, ни другого.

„Результаты практики двух различных хирургов: искусного и плохого, не могут быть различнее тех, которые я получил в моей военно-госпитальной практике и в деревне. Если взять во внимание то, что большая часть моих операций в деревне принадлежала к числу таких, после которых и в хорошо устроенных госпиталях не редко развиваются рожа и пиэмия, то я не могу счастливый результат объяснить иначе, как тем, что мои оперированные в деревне не лежали в одном и том же пространстве, а каждый отдельно, хотя и вместе с здоровыми; одним климатом и деревенским воздухом этого не объяснишь... Нельзя приписать этого и хорошему помещению; иногда привозили ко мне больных с полусгнившими и омертвевшими членами, они помещались где-нибудь в темных, сырых углах и сенцах крестьянских изб или в душной, худой лачуге; уже входя во двор, можно было слышать вонючий запах костного гноя; не лучше пахли и раны после резекции, оставленные иногда на целую неделю без перевязки; когда такой резецированный являлся ко мне на дом для перевязки, то от него так пахло, что нужно было проветривать потом комнату несколько часов; но всего хуже воняло в тесных избах от опериро-

ванных после камнесечения: между тем именно у них результат превзошел все мои ожидания: известно. что в госпиталях нередко (почти в трети случаев) края раны после литотомии покрываются нечистым бурожелтоватым, соленым осадком, сидящим крепко на ране; он сопровождается иногда и сильным местным раздражением и рожистою краснотою в окружности; но у моих оперированных в деревне я только однажды из 20 случаев видел этот осадок и,—замечательно —я встретил его именно у такого больного, который лежал вместе с другими 4 или 5 оперированными, в одном домике, хотя и не в одной комнате... Несмотря однакоже на это, больной через 7 недель выздоровел" (*Воен.-полев. хирургия*, т. 1, стр. 9). „Самые счастливые результаты я получил из практики в моей деревне. Из 200 значительных операций (ампутаций, резекций, литотомий и т. д.) я в полтора года не наблюдал ни одного случая травматической рожи, гнойных затеков, и гнойного заражения, несмотря на то, что лечение после моих операций я предоставлял одним только силам натуры. раны перевязывались или самими больными, или фельдшером—евреем, не имевшим почти никакого опыта в хирургии"... (т. 1, стр. 8).

В условиях деревенской практики Пирогов, по тогдашним взглядам, делал удивительные вещи. Никаких осложнений госпитального характера, т. е. никаких заразных хирургических болезней!.. Конечно, в послеоперационном течении сплошной гной и вонь, но нет острых инфекций, нет вирулентных микробов, нет заражений, а со слабой инфекцией, с сапрофитами человеческий организм сам справлялся. Если деятельность Пирогова в госпиталях показала одну сторону до-антисептической медали, сторону, наиболее неблагоприятную, то работа в деревне обнаруживает другую сторону—наиболее благоприятную. Как раз в деревне Пирогов достигал того, что только было мыслимо в до-антисептический период. Дальше его деревенских результатов никто не шел и не мог идти — это был предел. В о о р у ж е н н ы й в с е м и з н а н и я м и н а у к и, и з у м и т е л ь н ы й х и р у р г-т е х н и к, о н я в и л с я в х и р у р г и ч е с к у ю п у с т ы н ю, к а к в о л ш е б н и к, и т в о р и л ч у д е с а.

ГЛАВА IV.

Военно-полевая хирургия Пирогова.

„Военно-полевой хирургии“ посвящены 4 крупных труда Пирогова: 1) Rapport medical d'un voyage au Caucase, 1849 г., 2) Начала общей военно-полевой хирургии, 1865 г. 3) Отчет о посещении военно-санитарных учреждений в Германии, Лотарингии и Эльзасе, 1871 г., 4) Военно-врачебное дело, 1878—79 г.

Обращает на себя внимание прежде всего вот что: первое сочинение издано на французском языке; второе сначала появилось на немецком языке под заглавием „Grundzuge der allgemeinen Kriegschirurgie“. Третье издано по-немецки и только четвертое сразу напечатано по-русски. Невольно возникает вопрос: почему это так?

Пока Пирогов был профессором в Дерптском университете, т. е. университете, несомненно немецкой постройки и немецкого характера, то печатание им своих работ на немецком языке вполне естественно. После того, как Пирогов сделался профессором медико-хирургической Академии, наиболее крупные его работы, в том числе и трактующие о вопросах военно-полевой хирургии, нередко появлялись на французском, и на немецком языках. Объяснение такого явления, думаю, не отличается от объяснения, почему до сих пор многие русские хирургические работы печатаются прежде всего в немецких, затем французских и английских журналах.

В конце 18-го и начале 19-го столетия, когда появлялись крупные работы русских хирургов, они

печатались на латинском языке. Последний служил международным медицинским языком; его понимали всюду в Европе. Когда во всех европейских странах, позже всех в России, в медицинской, специально хирургической. литературе родной язык вытеснил латинский, то от этого особенно должно было пострадать значение русских работ: ни германцы, ни французы, ни англичане русского языка не знали. Пирогов избрал правильный путь: желая не только участвовать, но и оказывать влияние на ход развития хирургии вообще, он начал издавать свои труды на немецком и французском языках. Желание не только получать от Европы, то и давать ей заставляет и современных нам хирургов придерживаться избранного Пироговым пути. Если бы когда-нибудь русской хирургии удалось взять в свои руки дирижерскую палочку, тогда, конечно, русские работы переводились бы на иностранные языки, по желанию иностранных хирургов, по их потребностям. Так как до сих пор русская хирургия только участвует в общем развитии хирургических знаний, то русским хирургам нет иного выхода, как перевод своих работ на иностранные языки, по своему собственному почину.

Когда я приступаю к разбору „военно-полевой" хирургии, то прежде всего спрашиваю себя: почему ей присвоено название именно „военно-полевой"? В немецком издании дело идет о Kriegschirurgie, т. е. о „хирургии войны". „Я назвал мою книгу", пишет Пирогов: „военно-полевой хирургией, потому что в ней говорится только о предметах, занимающих военного врача в военное время" (т. 1, стр. 5).

Название „военно-полевая хирургия" укоренилось. А между тем лично мне кажется, что это название какое то устарелое, не вполне совпадающее с предметом, им обозначаемым. Понятно, что хирургическая деятельность во время войны вовсе не обязательно связана с работой „в поле", в разбитых шатрах. Военно-полевой госпиталь правильно носит свое название, ибо он развертывается в шатрах и в поле.

Но хирургическая деятельность во время войны протекает в таких различных условиях: и на станциях жел. дорог, и в домах различных деревень, и в городских домах, и в специальных больничных учреждениях, что характеризовать эту деятельность по возможному ее проявлению и в поле в развернутых шатрах, мне бы казалось, не совсем правильно. Из существующих иностранных названий — немецкое Kriegschirurgie наиболее отвечает своей цели, охватывая в названии всяческие возможности хирургической работы во время войны, характеризуя особенность хирургии не местом работы, а ее характером. Вот почему мне представляется более правильным и на русском языке говорить о „хирургии войны", вместо „военно-полевой хирургии". Если определение „хирургия войны", по сути дела, на самом деле является переводом с немецкого, то только потому, что этот перевод отвечает требованиям логики. Пирогов в свое время был большой поклонник работы в госпитальных палатках. Он неоднократно отмечал, что в палатках послеоперационный период раненых протекает неизмеримо лучше, чем в зданиях. Он указывал, что германская военная санитария заимствовала у России госпитальные шатры, не сознаваясь в источнике заимствования. Для Пирогова потому название „военно-полевая хирургия", даже просто „полевая хирургия" имело свой смысл, подчеркивающий стремление подавать помощь раненым именно в поле, в госпитальных шатрах. Для нашего времени это не имеет такого значения. Если и в наше время можно отлично оборудовать операционную в госпитальной палатке, если в наше время можно расположить раненых также в госпитальных шатрах, то это не обязательно, это не характерно для хирургии войны. Потому, еще раз повторяю, лично я предпочитаю название „хирургия войны".

Основные положения военно-полевой хирургии, лучше сказать, „хирургии войны", Пироговым выставлены в „Военно-врачебном деле". Мы имеем ряд положений, каждое из которых может быть рассматриваемо отдельно, совокупность которых дает все, т. е. разрешает и вопросы организации, и вопросы лечения. „Прошло слишком 30 лет с тех пор, когда я",

говорит Пирогов: „в первый раз ознакомился с полевою хирургиею на небольшом театре войны, и почти 25 лет с того времени, когда я действовал на обширном поприще полевой хирургии. Оба раза я руководствовался не столько великими трудами светил науки, сколько собственным наблюдением и опытом, приобретенными мною в госпитальной, военной и гражданской практике. Основы моей полевой хирургической деятельности я сообщил, только спустя 10 лет, после достопамятной крымской кампании"... „В минувшую нашу восточную войну 1877—78 годов, более чем все другие сходную с крымскою 1854 г., я имел случай еще более глубоко увериться в прочности основных начал моей полевой хирургии". Вот эти начала:

„1) Война—это травматическая эпидемия. 2) Свойства ран, смертность и успех лечения зависят преимущественно от различных свойств оружия и в особенности огнестрельных снарядов. 3) Не медицина, а администрация играет главную роль в деле помощи раненым и больным на театре войны. 4) Не операции, спешно произведенные, а правильно организованный уход за ранеными и сберегательное (консервативное) лечение, в самом широком размере, должны быть главною целью хирургической и административной деятельности на театре войны. 5) Беспорядочное скучение раненых на перевязочных пунктах и госпиталях есть главное зло, причиняющее впоследствии ничем непоправимые бедствия и увеличивающее безмерно число жертв войны; поэтому, главная задача полевых врачей и администраторов должна состоять в предупреждении этого скопления в самом начале войны. 6) Как бы ни было полезно и желательно избегать транспорта тяжелораненых, но скопление их вблизи театра войны—и именно в начале военных действий—неминуемо отзовется вредным влиянием на других раненых. 7) Рассеяние раненых и больных, вентиляция помещений, в обширных размерах, а всего более отдельное и, если можно, одиночное размещение трудно-раненых, составляют наиболее верные средства против распространения травматических зараз. 8) Хорошо орга-

низованная сортировка раненых на перевязочных пунктах и в военно-временных госпиталях, есть главное средство для оказания правильной помощи и к предупреждению беспомощности и вредной, по своим следствиям, неурядицы. 9) Спешное извлечение пуль и спешное производство первичных операций на передовых и даже главных перевязочных пунктах, вовсе не есть такое существенное пособие, как это полагали в прежнее время, и жизненное показание к производству этих операций ограничивается, в нынешних полевых войнах, незначительным числом случаев. Только осадные войны составляют исключение из этого правила. 10) Исследование свежих огнестрельных ран зондами и пальцами, расширение ножем, извлечение первичных осколков костей, вообще, вредно; все это может быть допущено только в исключительных случаях и только под наблюдением опытных хирургов. 11) Наложение неподвижных повязок и, преимущественно, гипсовых повязок, в несравненно большей части случаев должно заменить производство первичных операций (ампутаций и резекций) на перевязочных пунктах. Все раненые с огнестрельными переломами костей не должны быть иначе транспортированы, как с наложенными хорошо гипсовыми повязками. 12) Вторичные резекции, в большей части случаев, заслуживают преимущество перед первичными, тем более, что чисто выжидательное лечение в огнестрельных ранах суставов не лишено надежды на успех. 13) Ампутация бедра, из всех ампутаций in continuitate, дает наименьшую надежду на успех и потому все попытки сберегательного лечения огнестрельных переломов бедра и при ранах коленного сустава должно считать истинным прогрессом полевой хирургии. 14) Гной в травматических повреждениях легко делается заразительным и преимущественно от скопления тяжело-раненых в одном помещении: тогда он вредно действует не только на самого раненого, но и на всех его окружающих. 15) Гнойное заражение распространяется не столько через воздух, который делается вредным только при скучении раненых в закрытых пространствах, сколько через окружающие раненых предметы: белье, матрацы, перевязочные средства, стены, полы и даже санитарный персонал. Поэтому 16) хорошо вентилированные помещения, сами по себе, не предотвращают еще при скоплении

тяжело-раненых, гнойное заражение. Только изолирование и, сколько можно, одиночные помещения служат, при соблюдении чистоты и противогнилостного лечения, наиболее верным средством против распространения различных видов гнойного заражения (пиэмия, септикэмия, острогнойных, септических и рожистых отеков). 17) В лечении огнестрельных ран спокойствие поврежденной части, достигаемое наложением неподвижных повязок и правильным положением членов — предупреждение застоя и разложения сгустков крови, органических тканей и гноя, составляет главное дело. Холод, лед, антифлогоз и строгую диэту в полевой госпитальной практике можно употреблять только в исключительных случаях; вообще, всякое ослабляющее лечение вредно действует на организм солдата, особливо в конце продолжительной войны. 18) Анестезирование играет самую важную роль при оказании хирургических пособий в полевой практике: не только операции, но, во многих случаях, и наложение гипсовых повязок должно производить при действии анестезирующих средств. Только сильное травматическое сотрясение (shok) служит противопоказанием к употреблению анестезирования. 19) Полевая хирургическая статистика как ни желательны верно добытые результаты не надежна и все ее данные, до сих пор, еще слишком шатки для руководства врача при постели раненых. Способ ведения статистических отчетов на театре войны еще далек от точности, и не дает тех подробностей и сведений, которые так необходимы для решения важных практических вопросов. Только то можно утверждать, с уверенностью, что каждое травматическое повреждение, а следовательно, и каждая хирургическая операция, имеет свой, более или менее колеблящийся, но все-же определенный минимум смертности, ниже которого она, несмотря на все наши усилия, и успехи искусства, уменьшиться не может. 20) Частная помощь, испытанная мною первым на театре войны уже 25 лет тому назад, должна быть признана за самое важное, самостоятельное подспорье в полевом санитарном деле" (*Военно-врач. дело, т. 2, стр. 1—5*).

Всего 20 положений, а между ними ряд классических, ряд таких положений, которые передавались

из поколения в поколение хирургов и считались до сих пор аксиомами хирургии войны. Да, война с точки зрения хирурга—есть травматическая эпидемия; да, тщательная сортировка раненых—залог правильного их лечения от передового перевязочного пункта до глубоко-тыловых госпиталей; да, раненые с огнестрельными переломами костей и с ранениями суставов не должны быть транспортируемы иначе, как с правильно иммобилизованными конечностями; да, анестезирование играет громадную роль в деле подачи помощи раненым; да, частная помощь раненым на самом деле оказывается самым важным подспорьем военно-санитарного дела.

Рядом с приведенными положениями, каждое из которых обладает полнотой свежести по сей час, ряд положений, нуждающихся в видоизменении, сообразно с перестройкой хирургической терапии после Листера. Об этих положениях я скажу несколько слов потом. Наконец, одно положение, которое до сих пор считается классическим, которое цитируется всеми корифеями хирургии войны, но которое мне кажется исторически неправильным, которое, может быть, принесло даже некоторый вред. Это знаменитое 3-ье положение: „не медицина, а администрация играет главную роль в деле помощи раненым... на театре войны". Боюсь, что буду обвинен не только в смелости, но даже в большой дерзости по причине несогласия с положением Пирогова, которое признано классическим. Я понимаю, каким образом и почему возникло такое положение, но и с исторической точки зрения не могу не оспаривать справедливости, правильности причин его появления.

Как я говорил выше, Пирогов был блестящий организатор. Организаторский талант на театре военных действий он впервые проявил при осаде Салт, затем во время своей деятельности в Севастополе. Тут он организовывал и главные перевязочные пункты, и заразные хирургические отделения. Явив-

шись в Севастополь во главе врачей и сестер милосердия, ориентируясь в том, что необходимо для раненых, добиваясь своей цели, он постоянно встречал сопротивление и непонимание со стороны военной администрации. „Севастопольские письма" Пирогова полны жалобами на администрацию, которая связывает его деятельность, мешает ему во вред раненым. При таком положении вещей, когда Пирогов со всем лечащим медицинским персоналом, по заданиям, являлся представителем и вдохновителем именно лечебной части дела, когда, следовательно, эту лечебную часть он должен был бы развивать на фоне правильно-административной деятельности других лиц, на самом же деле он стоял неизмеримо выше этих лиц, сам указывал, что, как и почему нужно сделать и при этом постоянно встречал противодействие со стороны администрации, то для него, для Пирогова, положение: „не медицина, а администрация" имеет главное значение, можно считать правильным. Но это положение правильно применительно к Пирогову; оно может быть правильно, применительно и к другим хирургам если администрация оказывается не на высоте организаторской деятельности.

Представим себе иное положение вещей: во главе администрации стоит гениальный организатор; его план подачи помощи раненым идеален, а между тем исполнителями этот план не понят, считается в крайнем случае неосуществимым, почему исполнители чинят всяческие препятствия для проведения плана в жизнь. Если бы это касалось дела подачи помощи раненым, то администратор в конце концов в отчаянии мог бы вскричать: не администрация, а медицина главное в деле помощи раненым. Разве примеров такого положения вещей история не знает?.. Такое положение вещей, конечно, грустно, но оно все-таки не так плачевно, как более часто встречающееся в жизни: администратор считает себя правым, если не гениальным, то все же выдающимся, строит ложный план, предписывает вещи несуразные и пользуется при том формулой Пирогова: „не медицина, а администрация" имеет наибольшее значение. Помню, при объезде юго-западного фронта в 1915 г. я столкнулся с главным врачем одного из перевязочных отрядов дивизии, который опытному хирургу запрещал производить нужные операции: он считал

это вредным. Это был единственный врач, которого я просил устранить с занимаемого им места, как не понимающего ни задач перевязочного отряда, ни значения хирургической помощи раненым. А между тем с точки зрения формулы Пирогова, если ее понимать буквально, он был прав; почем знать—может быть, он ей руководствовался. Потому я и сказал. что знаменитое изречение Пирогова могло принести вред и до некоторой степени его принесло: если в администрации суть дела, то администрацию надо усовершенствовать и развивать—и вот на театре действий появляется ряд самостоятельных администраций—военно-санитарная, Красного Креста, Земского Союза, Союза Городов. Пуришкевича и т. д. И каждая администрация держится прежде всего за свою администрацию, считая ее более прогрессивной, более знающей. более талантливой, ибо вся суть в администрации—так говорил Пирогов.

Я выяснил ту причину. по которой Пирогов пришел к своему положению, но должен заметить, что и для времен Пирогова оно. это положение, не было аксиомой, ибо введение анестезирования, наложение гипсовых повязок, вторичные ампутации и резекции и целый ряд других оперативных мероприятий для лечения раненых имели для жизни каждого отдельного раненого не меньшее значение, чем административные распоряжения. Сам Пирогов удостоверял, что иногда он делал вторичные ампутации у столь истощенных раненых, на операции над которыми никто не решался. А он спасал людей. При современных условиях. при современном размахе первичной оперативной помощи раненым. формула Пирогова оказывается прямо нуждающейся в переделке. Я далек от мысли отвергать значение администрации: наоборот, за администрацией, имеющей право, желание и способность организации, я признаю громадное значение, но в тоже время я признаю громадное значение за лечебной хирургией: на мой взгляд, администрация и лечебная хирургия так тесно связаны друг с другом. так дополняют друг друга. что одна без другой существовать не могут. Потому я бы выдвинул несколько иную формулу: администрация без хирургии, хирургия без администрации бессильны организовать и осуществить правильную подачу помощи раненым. Если это положение. как отрицательное. может считаться не достаточно удовлетворительным, то форму-

ла, превращенная в положительную, будет выглядеть так: только полная гармония между администрацией и хирургией способна организовать и осуществить правильную подачу помощи раненым. Нет необходимости прибавлять, что эта формула может быть распространена на всю медицину войны.

Итак, положение Пирогова о первенствующем значении администрации исторически появилось потому, что Пирогов стоял несоизмеримо выше современной ему администрации. Его положение нужно рассматривать, как протест против действий администрации, как хлыст, которым он хотел заставить ее понимать то, что она должна делать, но, по существу дела, администрация равнозначуща с лечебной хирургией: обе они—и администрация и лечебная хирургия приходят в тесное соприкосновение в вопросах организации, и хорошо, когда они в этих вопросах друг друга понимают. К счастью такие условия создаются.

В бытность мою хирургом северного фронта в 1916 г., когда начальником санитарной части фронта был А. А. Двукраев, создалось такое счастливое стечение обстоятельств, что администрация—в лице Двукраева, и лечебная хирургия в моем лице легко, без столкновений, со взаимным пониманием друг друга, разрешали задачи организации помощи раненым.

Даже „Военно-врачебное дело" Пирогова относится к до-антисептическому периоду. Правда, во время войны 1877—78 годов уже поднималась заря Листеровской антисептики, сам Пирогов уделил ей внимание. Об этом речь пойдет ниже. Пока же я должен отметить, что переворот в хирургии, совершенный Листером, отразился и на хирургии войны. Чтобы дальше на этот счет не повторяться, я позволю себе, с точки зрения переворота, рассмотреть целый ряд положений Пирогова.

В прошлой главе мной приведен фактический материал Пирогова, показывающий, сколь, по тому

времени, блестящие результаты получал Пирогов в деревне после операций. Этот фактический материал положен был им в основу учения о рассеивании раненых. Оборотная сторона доказательства правильности учения о рассеивании раненых заключалась в громадной смертности в госпиталях, в распространении по госпиталям эпидемий хирургических инфекций. Но если приложить современную мерку оценки результатов деятельности Пирогова в деревне, вспомнить обязательные нагноения, воняющие повязки, ползающие по повязкам черви, то станет тоже не совсем по себе. В настоящий момент страшно отпустить больного с открытой раной долечиваться в деревню, т. к. чудятся ползающие черви, так как опасность вторичного заражения раны в деревне несомненно больше, чем в лечебном учреждении. Победа хирургии над эпидемиями совершенно изменила точку зрения, и, на место рассеивания раненых, выдвинула принцип концентрации раненых, принцип устройства как бы фабрик хирургической помощи. Правда, и при современных войнах эвакуация раненых является необходимым условием их обслуживания, но эта эвакуация направляется под иным углом зрения: она регулируется вопросом необходимости подачи той или иной оперативной помощи. регулируется вопросом о тех сроках, через которые надлежит подать такую помощь. Теперь мы не боимся эпидемий раневых заболеваний, но они от времени до времени все-таки появляются, ибо не хватает рук для правильной обработки раненых. Раз же только та или иная эпидемия чаще всего рожистая—появляется, принцип Пирогова об изоляции оказывается обязательно применимым.

Пирогов выдвинул принцип сберегательного лечения раненых, принцип, отвергающий полезность массовых ранних, так называемых, первичных ампутаций. Принцип сберегательного лечения остается в полной силе, но изменился метод консервативной хи-

ругии. Во времена Пирогова да еще и до сих пор под консервативным лечением подразумевается некровавое лечение, лечение без операции. Пирогов под таким лечением понимает первичное наложение неподвижных, специально гипсовых, повязок. Сравнительно давно я уже указывал, что такое отношение к делу, при современных наших знаниях, неправильно: под консервативным лечением нужно понимать лечение, стремящееся как можно более сохранить организму, не в зависимости от того, какой метод лечения — кровавый или некровавый—применен к данному раненому или к категории раненых. Пирогов был прав, когда привопоставлял свою гипсовую повязку (некровавое лечение) как консерватизм, активному вмешательству, ибо активное лечение составляли преимущественно ампутации, т. е. лишение раненого целой или части конечности. В настоящее время это совершенно не так, ибо нередко наиболее активное лечение, наиболее ранняя операция, операция кровавая, дает наибольший сохраняющий эффект, начиная от сохранения конечности и кончая сохранением жизни. Последняя мировая война до такой степени подтвердила сказанное, что я позволю себе здесь же напомнить о том взгляде, который был мной высказан уже давно, не получил сочувствия и только в самое последнее время приобретает некоторых сторонников.

Нельзя не подчеркнуть, что Пирогов, на сколько мог, энергично протестовал против антифлогоза, заключающегося прежде всего в обильном кровопускании. Пирогов был тысячу раз прав, когда говорил, что такой способ лечения только ослабляет раненых, крайне нуждающихся в сохранении своих сил для перенесения и ранения, и его последствий-осложнений, и транспорта.

Чтобы закончить разбор общих положений Пирогова „хирургии войны", еще раз подчеркну его также классическое выражение: „исследование свежих огне-

стрельных ран зондами и пальцами, расширение ножем, извлечение первичных осколков костей вообще вредно". Сколько людей умерло от таких исследований в до-антисептический период, даже трудно себе представить. Без всякого преувеличения можно сказать, что каждое такое исследование сопровождалось занесением инфекции в рану, часто жестокой, вирулентной инфекции. Но если правило Пирогова было обязательно для его времени, если оно было благодетельно тогда, то оно имеет несомненное значение и по сей час: такое исследование прежде всего совершенно бесцельно, если оно не может быть сразу превращено в целесообразный оперативный прием; если оно не может закончиться сейчас же целесообразной операцией, то оно несомненно и вредно, ибо в меньшей степени, чем при Пирогове, но вс еже грозит опасностью занесения инфекции в глубину раны, может быть, или еще не зараженной, или зараженной, но не столь вирулентной инфекцией.

От общих положений о полевой хирургии Пирогова перейдем к некоторым частностям. „Врачебная и административно-врачебная деятельность много парализуется тем, что главный ее представитель в действующей армии есть, с одной стороны, лицо, слишком зависимое от чисто военной администрации, а с другой, слишком неограниченное в отношении к подведомственным ему врачам" (*Воен.-полев. хирург.* т. 1, стр. 34). Вот положение Пирогова, с которым нельзя не согласиться. Вопросы администрации не могли не интересовать Пирогова, ибо эти вопросы чрезвычайно существенны. Разбирая вопросы администрации в „Военно-врачебном деле", Пирогов ясно указал и предсказал вредное влияние параллельных администраций, как военно-санитарной, Красного Креста и других. На основании фактов войны 1876—77 г., Пирогов предугадал борьбу. конкуренцию администраций на театре военных действий. Это осуществилось. Пирогов считал, что частная помощь должна

быть только пособником военно-санитарному делу, а не вполне самостоятельно действующей единицей. Ход исторических событий в России привел к тому, что частные организации выступали на войне, как самостоятельные, равнозначущие, равноправные организации с военно-санитарной. Этому вопросу мною посвящена специальная статья. Разбирать этот большой вопрос здесь опять я не вижу оснований.

Необъятный ум Пирогова доходил до таких выводов, до которых дошла только современная хирургия. Осуществить этих выводов Пирогов не мог, ибо не было еще антисептики с ее последствиями, с развившейся хирургической профилактикой. На самом деле: последнее слово „хирургии войны" —это есть раннее и первичное оперативное вмешательство в интересах предупреждения заражения раны. Этот взгляд проповедывал я в России, этот же взгляд проповедывали французские и английские хирурги, при чем последние опередили меня в своих достижениях. Но и этот взгляд не нов! Вот что пишет Пирогов: „чтобы решиться на деятельное и энергичное предохранение, не нужно ли быть сначала уверенным, что наше предохранительное средство само не вредно, или, по крайней мере, менее вредно, чем болезнь. Этой то именно уверенности у нас, к сожалению, нет". (*Воен.-полев. хир. т. I, стр. 123*). Вот где лежит разгадка его выжидательно-консервативного направления: уверенности нет в том, что операция окажется менее опасной в смысле заражения, чем само ранение. Весь гвоздь в непришедшей еще антисептике! До какой степени эта неуверенность была велика, до какой степени неудачное стремление выйти из нее, избавиться потрясало Пирогова, показывает следующий небольшой пример.

„Когда постороннее тело засело вблизи больших сосудов, смертельное кровотечение может быть следствием исследования и извлечения. Вот один из нескольких случаев, который для меня останется на-

всегда памятным. Он мне был важным уроком; после него я никогда не извлекал бьющихся пуль. Один флотский офицер был ранен прямо в центр fossæ jugularis. Пуля осталась в ране, но общая реакция и нагноение были так незначительны, что больной ходил по комнате и, за исключением небольшой трудности при глотании, чувствовал себя, как нельзя лучше. Отверстие раны имело также хороший вид; оно гранулировало. и не было ни напряжения, ни отека. Несмотря на это, молодой и отважный больной настаивал, как большая часть раненых с пулею в теле, чтобы пулю вынули. Я его несколько раз предостерегал и не хотел исследовать рану. Тогда он начал жаловаться на трудность дыхания, хотя я находил его всегда свободно дышащим. Он непременно хотел отправиться опять на баттарею и просил и своих товарищей, и своего начальника уговорить меня на операцию. Наконец, признаюсь в моей слабости - они меня действительно уговорили. Я ввел, без особенного насилия, палец в рану и ощупал пулю, сильно бьющуюся. Я тотчас же вынул палец и не хотел ничего более предпринимать. Но когда раненый узнал, что я нашел пулю, то сделался как помешанный и говорил, что лучше умрет, чем останется с нею; тогда я ввел корнцанг и вытащил ее. Это было после обеда, а на другой день утром больного уже не было в живых. Когда я в ночь был к нему призван, то нашел его плавающим в крови и ничего не мог сделать, как только положить на рану корпию и лед. Вскрыть труп не позволили, и я не знаю, шла ли кровь из безимянной артерии или вены“ (*Воен. пол. хир. т. I, стр. 193*)

Приведенный пример очень характерен. Рядом с ним можно поставить другой:

„Вскоре после прибытия моего в Севастополь, принесли с одной баттареи солдата, раненного пулею в верхнюю треть бедра. Больной был настоящий атлет. Отверстие раны находилось дюйма на 2 ниже большого вертлюга: канал раны шел отсюда наискось вниз и кнутри позади кости. Не было еще никакой опухоли, ни напряжения. Я долго искал пулю в глубине под толстыми мышцами; наконец нашел ее за задним краем бедренной кости, которая не была ни

обнажена, ни надломлена; не было вблизи, судя по положению, и большого сосуда. Я расширил сжатое отверстие раны, ввел щипцы и с большим трудом вытащил из-за кости сплющенную пулю. Извлечение продолжалось не менее 1 часа. К чести хлороформа я должен заметить, что вся операция, против моего обыкновения, была сделана без анестезирования. Когда я на другой день пришел в лазарет (при перевязочном месте) посмотреть на моего больного, то кровать его занята уже была другим. На вопрос: где вчерашний, мне ответили, что его чрез 2 часа после операции вынесли в часовню. К сожалению я не мог отыскать его трупа и не знаю настоящей причины смерти. Мне сказывали, что он вскоре после операции ослабел, но в ране не заметили ни кровотечения, и ничего особенного“ (*Воен.-пол. хир. т. 1, стр. 207*).

„Особливо предостерегаю я“, говорит Пирогов: „от ранних извлечений на перевязочных пунктах, когда пуля засела в кости вблизи коленного или ножного суставов, даже и в том случае, если сустав вовсе не поврежден, напр., при ущемлении пули в чашке или в наружном мыщелке бедра. По моему, полная резекция, сделанная рано, менее опасна, чем извлечение пуль, глубоко засевших в эпифизах и суставных концах костей (*т. I, стр.* 211).

Известно, что Пирогов, как европейское светило хирургии, был вызван на консультацию к раненому Гарибальди. Подробности этой консультации описаны в письме Пирогова, опубликованном Штрайхом (*Русский Врач*, 1916, № 10). Пирогов не только отказался извлекать пулю, но и исследовать рану пальцем или инструментом. На основании наружного осмотра раны, он поставил распознавание места нахождения пули и был прав: пуля через некоторый промежуток времени вышла с нагноением.

Обширные познания и могучий ум приводят Пирогова постоянно к такому пониманию вещей, которое соответствует современному нам уровню науки. Я уже гово-

рил о взгляде его на профилактические операции от них Пирогова удерживала неуверенность, примеры которой также мной приведены. Но обратимся напр. к его взглядам на счет ранения нервных стволов. Он уже отрицает то, что приходится и до сих пор отрицать, а именно, что первичный шов нервного ствола не может восстановить сейчас же проводимость нерва, как это хотелось бы иногда думать. На основании изучения литературы, Пирогов утверждает, что восстановление чувствительности и движения после нарушения целости нервных стволов есть результат работы нервных анастомозов. „Несовершенное восстановление иннервации может зависеть и от нервных анастомозов; есть случаи, в которых чувствительность и движение отчасти возвращались, хотя нерв был поврежден с потерею существа и восстановления нервных волокон в рубце не было замечено (Шу, Нейдерфер); тут, вероятно, анастомозы принимали на себя отправления поврежденного нерва“ (*т. I, стр.* 232). Одним словом мы находим начало учения о коллатеральной иннервации.

К интереснейшим наблюдениям Пирогова, имеющим огромное значение и сейчас и нигде не цитируемым, относится факт канализации тромбированных сосудов. Факт этот, почти единственный в своем роде, до такой степени важен, что я приведу его целиком.

„Внутренний тромб организуется и канализуется. Превосходно видел я однажды это явление на перевязанной подвздошной артерии (art. iliaca externa). Больной жил лет 10 после перевязки. Чрез средину фибринозного, совершенно слитого с артериальными стенками, тромба шел центральный канал, который продолжался до ближайшей боковой ветви. Кровь протекала чрез этот канал из верхнего конца артерии в нижний и боковую ветвь“ (*Воен.-пол. хир., т.* I. *стр. 291*).

Если поразительно интересен факт канализации крупной артерии после ее перевязки и тромбоза, то

не менее интересен взгляд Пирогова на роль adventitiae.

„Я думаю, что в процессе сращения артериальных ран еще недостаточно оценили роль, которую тут играет adventitia. Эта оболочка для жизни артерий тоже, что надкостная плева для костей. Когда я у больших животных перевязывал сонную артерию двумя лигатурами, оставив между ними промежуток в 1 дюйм длиною, и впрыскивал в него чрез тонкое отверстие раздражающую жидкость, то мне казалось, что внутренняя и средняя оболочки артерий постепенно исчезали (некротизировались и всасывались), а через отолщение внешней оболочки восстановлась новая стенка артерий" (*т. I, стр. 291*).

Конечно, чтобы оценить результат эксперимента, надо проделать нечто подобное. Но не в этом дело. Центр тяжести заключается в оценке наружной оболочки, как питающей крупные артерии. Эта точка зрения несомненно верна и до сих пор недостаточно оценена.

Уже в прошлых главах я был вынужден касаться вопросов „хирургии войны" и приводить взгляды Пирогова. Нет никакой возможности хотя бы в кратких словах передать все содержание 4-х больших его сочинений на эту тему. Могу только сказать, что буквально нет ни одного вопроса, который бы не был Пироговым затронут и освещен. Ранения сердца им разобраны собран весь, относящийся, сюда литературный материал; касательно ранения диафрагмы Пирогов приводит одно интересное собственное наблюдение, касавшееся ребенка, получившего рану кинжалом; ребенок превратился в девушку около 18 лет, и только теперь, выпавшие в грудную полость через диафрагмальное отверстие, внутренности ущемились. Как раз диафрагмальные грыжи, заинтересовавшие хирургов после последней войны и иногда с успехом лечимые оперативным путем, показывают, до какой степени хирургия от времен Пирогова шагнула вперед: тогда больные умирали, хирурги их только на-

блюдали и после смерти вскрывали; теперь таких больных мы оперируем и иногда спасаем.

Нельзя не считать очень ценным материал Пирогова об огнестрельных ранениях полости живота. Я уже упоминал в прошлой главе, что и в вопросе об огнестрельных ранах полости живота Пирогов иногда допускал оперативное вмешательство, вплоть до резекции кишки. Однако, общее отношение было выжидательным, таким же выжидательным, каким оно рекомендовалось и некоторыми хирургами 20-го столетия. В основание решения вопроса об активном или выжидательном отношении к упомянутой категории раненых, конечно, нужно положить статистические данные. Статистические данные Пирогова, его на этот счет размышления могут считаться совершенно беспристрастными, ибо основной его взгляд, что „теперь, слава Богу, все опытные хирурги согласны, что исследование ран живота, с целью решить, прободные ли они или нет, ни к чему не ведет и только причиняет вред больному" (*Воен.-пол. хир.*, *т. 2*, *стр. 5*). Результат же выжидания таков:

> „смертность в прободающих ранах живота еще бо́льшая, чем в грудных; от 50%,—для простых, неосложненных повреждением внутренностей (в число которых верно входят и многие вовсе непрободающие раны); до 80%,—для ран осложненных; но, и эту цифру я считаю не совсем верною: ее можно бы еще увеличить, по крайней мере, на 12%" (*т. 2*, *стр. 7*).

Собранные мною цифры смертности при ранах полости живота на юго-западном фронте в 1915 г. всецело совпадают с цифрами Пирогова. Я утверждал, что выздоровление при огнестрельном ранении полости живота представляет собой только счастливую случайность. Процент счастливой случайности очень невелик. Отсюда, при современном состоянии хирургии, может быть сделан только один вывод: раннее чревосечение. Другого вывода, другого исхода нет и быть не может.

Раз идет речь о ранениях полости живота, то, следуя Пирогову, нельзя не остановиться на ранениях мочевого пузыря. „Лечение ран пузыря я не начинаю, как некоторые советуют, введением катетера. Самое простое соображение показывает, что эти раны могут легко зажить и без катетеризации. Стоит только вспомнить, что раны после литотомии заживают, и даже очень скоро, без всякого инструментального пособия. И для чего вводить катетер? Для того ли, чтобы заставить мочу вытекать из пузыря? Но она вытекает и без того из раны и даже из уретры" (*В.-п. хир.*, т. 2, стр. 55). Надо сознаться, что в этом отношении Пирогов был прав. Лечение ран мочевого пузыря без катетеризации нашло себе гораздо позднее отклик в отношении к операционным ранам пузыря: после высокого камнесечения, при глухом шве пузыря, после удаления новообразований из пузыря и при последующем шве, после зашивания внутрибрюшинных разрывов пузыря многие хирурги также отказались от применения катетера, прибегая к его помощи только тогда, когда больной не может опорожнить мочевой пузырь сам. В до-антисептический период времени применение несомненно сильно загрязненных катетеров могло причинить сильный вред, и этот вред устранялся отказом от катетеризации.

В этой главе мне нет необходимости подробно останавливаться на хирургии конечностей, ибо многое, сюда относящееся, сказано в предыдущих главах. Здесь должно найти себе место только отношение Пирогова к ампутациям. Я уже упоминал, что Пирогов отваживался на вторичные ампутации тогда, когда другие хирурги считали больного погибшим, и получал иногда поразительные результаты. Он пишет про этот вопрос так:

„что я могу принять, как общее правило, выведенное из наблюдения многих случаев, что на позднюю ампутацию можно рискнуть и в крайней степени истощения, если раненый сам неотступно ее требует.

Я видел изумительный успех операции в таких случаях. Некоторые раненые были до того истощены, что, несмотря на их неотступные требования, никто не решался ампутировать: бедро было так тонко, как голень, а голень от хронического отека была втрое толще нормального, лицо восковое, глаза глубоко впавшие, кожа сухая, как пергамент и шершавая, лихорадка с знобами; нельзя было сомневаться в существовании хронической пиэмии. Между тем после ампутации рана заживала неожиданно скоро, и больные поправлялись видимо с каждым днем" (т. 2, стр. 203).

Значит, с одной стороны расширение показаний ко вторичным, поздним ампутациям, когда вопрос о спасении конечности бесповоротно решен в отрицательном смысле; с другой стороны, ограничение показаний к первичным ампутациям. Таких показаний Пирогов приводит только 2: „1) отрыв или размозжение члена большим огнестрельным снарядом, 2) раздробление сустава или диафиза с повреждением главных сосудов и нервов" (т. 2, стр. 123). Для времен Пирогова это такое ограничение, которое должно считаться крайним: в обе стороны он дошел до крайних, мыслимых в то время, пределов.

Виртуоз-оператор, Пирогов ограничивался самым незначительным инструментарием. Чтобы познакомиться с этим, стоит привести его описание ампутационного набора.

„Весь мой ампутационный набор состоит из 3 ножей и пилы с дужкою. Два ножа различаются только длиною. Клинок самого большого из них длиною в 8''; он назначен для ампутаций в верхней трети бедра и вылущений из тазобедренного сустава у мускулезных людей. Острие обоих ножей должно быть несколько выпукло и вместе с тем на 1'' обоюдоострое. Это потому необходимо, что я одним и тем же ампутационным ножем и режу отнаружи кнутри и прокалываю, и режу отнутри кнаружи (мышцы в лоскутно-овальном способе), и отделяю кожу от ее соединений с фасцией. Так как я действую при этом ампутационным ножем, не нажимая, а сную им как

смычком, то понятно, что острие его для меня важное дело. Если оно недостаточно выпукло, то оно препятствует размаху, и нож задерживается в разрезе; если же, напротив, оно слишком выпукло и не обоюдоостро, то мешает проколу. Клинок моего малого ампутационного ножа, употребляемого для ампутаций и вылущений плеча, предплечия, голени и бедра длиною и 6—6.5″. Третий нож, наконец, имеет очень узкий, остроконечный и немного на конце выпуклый клинок, длиною в 3″; верхняя его треть также обоюдоострая. Я употребляю его как катилинг при ампутациях предплечия и голени, для разреза межкостной перепонки, делаю им также вылущение ноги из сустава и вылущение пястных и плюсневых костей. Полотенце моей пилы с дужкою делается из часовой пружины" (т. 2, стр. 620).

Интересна обоюдосторонняя острота концов всех его трех ножей. Так как Пирогов был большой мастер хирургической техники, то его замечания касательно операционного набора, касательно способа ведения ножа, касательно различных видов ампутаций заслуживают внимания и до сих пор. Правда, под покровом хирургической профилактики, мы имеем возможность шире индивидуализировать показания к применению того или иного способа ампутации, но что удавалось в до-антисептический период, то теперь должно удаваться особенно легко. Это прежде всего нужно иметь в виду начинающим хирургам.

Прежде всего Пирогов не поклонник массивных мышечных лоскутов, которые получаются при лоскутных ампутациях. Во избежание образования таких лоскутов при ампутации бедра Пирогов создал свою ампутацию бедра. „Скажу не хвастаясь", писал он: „я испробовал почти все употребительнейшие методы операции; но посоветую те немногие, от которых видел пользу, по крайней мере, не видел вреда"... „Я заключаю, что конусо-круговой разрез,—как я его делаю— не всем знаком".

„Конусо-круговой разрез, как я его разумею, пользуется всеми выгодами ампутации с лоскутами, не

имся за собой ее недостатков. Он отличается от операции с двумя лоскутами только тем, что у него нет боковых выемок, и в ране оставляется более кожи, чем мышц; но, если нужно, не трудно сделать и в круговой ампутации два лоскута: стоит только надрезать конус справа и слева, или спереди и сзади, и тогда получишь два четырехугольных боковых лоскута или один передний и один задний. Если же хочешь, то, пожалуй, можешь выкроить из конуса и два толстых мышечных лоскута. для этого не нужно ни большого искусства, ни больших ножей; нужны только два условия: здоровая кожа и не слишком много жира. Но. главное преимущество конусо-кругового разреза и состоит именно в том, что им можешь вырезать мяса (мышц) не более и не менее, как сколько нужно для прикрытия кости, не оставляя толстых и безобразных мышечных кусков в ране, как это случается при образовании лоскутов проколом изнутри кнаружи. В конусо-круговом разрезе получишь кожи для прикрытия культи. сколько хочешь, если она здорова, и всегда больше, чем в лоскутах. образованных проколом. Кость можешь отпилить на 3 3,5 4″ выше кожного разреза, и она будет лежать скрытою в самой верхушке конуса. Коническая рана не безобразна и не так обширна, как рана толстых, мясистых и неуклюжих лоскутов. поэтому она и не так наклонна к разбуханию и инфильтратам. Кожа образует после хорошего конусо-кругового разреза покрышку в 2—3 3,5″ длиною, а мышцы. сосуды и нервы в нем не перерезаются наискось, как в ампутации с лоскутом. Но настоящую конусо круговую ампутацию можно сделать только в двух нижних третях плеча и бедра. На предплечии и голени нужно ее превратить в конусо-лоскутную: лоскуты, однакоже, всегда содержат в себе более кожи, чем мяса". (т. 2, стр. 592).

Приводить все подробности образования конусо-круговой ампутации Пирогова не стоит, ибо для хирургов—это дело знакомое, для не хирургов—бесполезное. Важно, однако, то, что своим способом ампутации Пирогов дает общий целесообразный выход, исключая лишь отдельных больных, у которых расположение самого ранения, самой раны как бы предначертывает

будущие ампутационные разрезы. Отдел Пирогова об ампутациях представляет собой просто главу из оперативной хирургии, да кстати так написанную, что ею можно только восторгаться, по ней следует учиться. „Я исследовал" сообщает Пирогов: „много оперированных по моему способу через 7—8 месяцев, а иных и через 5 лет, и всегда находил кость хорошо прикрытою и кожею, и мышцами" (стр. 606).

Если Пирогов блестяще разрешает вопрос об ампутациях, то не менее замечательны его замечания касательно резекций. Вот напр. одно из них:

„Итак, я полагаю, что вообще, где мы имеем в виду резекцией сустава предотвратить анкилоз (как напр. в резекциях на верхних конечностях), где надкостницу найдем при операции сильно перерожденною и изъязвленною, там и слишком тщательное ее сохранение не на месте; оно не есть необходимо и в таких травматических резекциях, в которых приходится отпиливать не более 1/2—3/4" от каждого суставного конца. Другое дело, разумеется, если резецируешь большой кусок кости или диафиза, да еще на нижней конечности. Тут, конечно, главное — сохранить надкостницу, как можно лучше". (т. 2, стр. 577).

Конечно, можно было бы привести еще ряд выписок, крайне важных, по отношению к резекциям суставов при огнестрельных их повреждениях. Общий колорит — сохранение конечности; резекция и резекция первичная даже при раздробленных переломах суставных концов, широкая резекция, лишь бы были сохранены крупные сосуды и нервы.

Необходимо прибавить два слова о кровеостанавливающем наборе Пирогова.

„Мой кровеостанавливающий прибор в ампутациях состоит из 2 хороших анатомических пинцетов, одного торсионного и нескольких Бромфильдовых крючков, различной величины и кривизны. Турникет я, в течение целой крымской войны, не упо-

треблял ни разу и везде обходился с одним прижатием артерии рукою... турникет потому неудобен в военно-полевой практике, что накладывание его замедляет операцию". (т. 2, стр. 621).

Кровеостанавливающий набор Пирогова, как видно, очень невелик. Пирогов им обходился. Поразительна, однако, одна мера Пирогова, которая чрезвычайно оригинальна и оказала ему огромные услуги.

„Самое надежное prophylacticum против вторичных кровотечений это не закрывать раны слишком скоро после ампутации, т. е. не спешить с наложением повязки. Когда, в крымскую войну, нам приходилось делать разом сотни ампутаций, то я клал на раны первых 20 -30 ампутированных мокрую корпию или губки и оставлял их, пока кончал операции у следующих 20 – 30, между тем первым давали теплый чай, вино и проч., и если кровь не показывалась в это время, то накладывали и повязку". (т. 2, стр. 624).

Отсюда видно, к каким мерам приходилось прибегать Пирогову, чтобы как-нибудь улучшить дело послеоперационного течения раненых, добиться лучших результатов. Нельзя не видеть, что его гениальный ум работал над всеми мелочами хирургического лечения ран, изобретал различные оригинальные выходы, и все-таки не находил того выхода, который был близок, в который Пирогов уперся всей силой своего ума, всей мощью своей энергии, к которому он вплотную подошел, но, несмотря на свой гений, не открыл. Честь открытия этого выхода досталась Листеру. Тем не менее, если посмотреть на все то, что сделал Пирогов, если суммировать его деятельность как профессора хирургии, как ученого, как создателя своей собственной „военно-полевой хирургии", то невольно проникнешься тем уважением, с которым к нему до сих пор относился хирургический мир, тем удивлением, с которым на него нельзя не смотреть и

сейчас, тем восхищением перед его прозорливостью, перед его научной фантазией, которая видела далеко вперед, которая предвещала дальнейший прогресс хирургии и которая не ошиблась. Великий хирург мирного времени, великий анатом, великий ученый и экспериментатор Пирогов был и великим военно-полевым хирургом, великим „хирургом войны“.

ГЛАВА V.

Школа Пирогова.

О самом Пирогове имеется довольно обширная литература; о школе Пирогова писалось очень мало, до такой степени мало, что можно задать себе вопрос: да создал ли он какую-нибудь школу? Если вспомнить, что Пирогов 5 лет был профессором в Дерпте, а затем 15 лет профессором в медико-хирургической Академии, то времени для создания школы было достаточно.

Одним из учеников Пирогова можно считать знаменитого киевского профессора хирургии Владимира Афонасьевича Караваева. „Я могу", говорит Пирогов: „по праву считать Караваева одним из своих научных питомцев; я направил первые его шаги на поприще хирургии и сообщил ему уже избранное мною направление в изучении хирургии" (*Вопр. жизни*, стр. 433). Чтобы подробнее ознакомиться с правами Пирогова на такого крупного ученика, приходится сделать несколько ссылок.

Караваев родился в Вятке в 1811 г. Окончил вятскую гимназию, после которой в 1831 г. окончил медицинский факультет Казанского университета. В 1832 г. он назначается ординатором в военно-сухопутный госпиталь в С. Петербурге, затем переводится ординатором в Мариинскую больницу. В 1834 г. он едет на свой счет для усовершенствования за границу. В 1836-38 годах работает в Дерпте над диссертацией и получает степень доктора медицины. В 1840 г. получает назначение профессором хирургии в имеющийся открыться в Киеве медицинский

факультет. Здесь он работает до своей смерти, последовавшей в 1892 г. В день 50-ти летнего юбилея его профессорской деятельности в 1890 г. Городская киевская дума подносит ему диплом почетного гражданина и переименовывает Шулявскую улицу на Караваевскую. (*Врач, 1892 г., стр. 280*).

Из приведенных кратких сведений можно почерпнуть пока лишь то, что Караваев диссертацию свою написал в Дерпте как раз в то время, когда там профессором хирургии был Пирогов. В „*Вопросах жизни*“ Пирогов довольно обстоятельно говорит о Караваеве.

„В одно время с нами (1835 г.) прибыло в Берлин несколько русских из Москвы и Петербурга, впоследствии занявших должности ординаторов в разных столичных госпиталях: из них всех более сблизился со мною Вл. Аф. Караваев (родом из Вятки).

Караваев окончил курс в Казанском университете. Познакомившись в этом университете только по слухам с хирургиею (профессор хирургии в то время, если не ошибаюсь, Фогель, имел скорченные от предшествовавшей болезни пальцы и не мог держать ножа), он отправился в Петербург и определился ординатором в Мариинский госпиталь, где и видел в первый раз несколько операций, произведенных Буяльским. Несмотря на такую слабую подготовку, Караваев чувствовал в себе особое влечение к хирургии; это я заметил при первом же нашем знакомстве. Я посоветовал ему тотчас же заняться анатомиею и отправиться по адресу к m-me Vogelsang. Целый год он был моим неизменным спутником при упражнениях над трупами, а потом, по моему же совету, отправился в Геттинген, к Лангенбеку.

В 1837 г. Караваев явился в Дерпт, держал еще у меня экзамен, до отъезда моего в этом же году в Париж, делал вместе со мной опыты над животными по вопросу, много меня интересовавшему в то время, о признаке развития гнойного заражения крови (пиэмия). Этот вопрос я и посоветовал Караваеву выбрать предметом его докторской диссертации“ (стр. 433). Диссертацию Караваев защитил в 1838 г. на тему: „De phlebitite traumatica“.

Пирогов и Караваев были почти однолетки первый родился в 1810, второй—в 1811 г. Однако, Пирогов все-таки прав, приписывая себе честь иметь такого ученика. Это заключение вытекает не из тех советов, которые давал Пирогов Караваеву в Германии. Такое заключение зиждется на том, что Караваев писал диссертацию на тему, рекомендованную Пироговым, что Караваев увлекся тем анатомическим и экспериментальным направлением, которыми увлекался и Пирогов. Ученик, в то же время современник Пирогова по профессуре, Караваев несколько отличается от Пирогова тем, что он не только хирург, но хирург-глазник. Из его крупных сочинений часть относится к офталмологии. Следовательно, у Караваева мы видим то, что было напр. у Саломона и других хирургов 30—40 годов 19-го столетия: соединение хирургии с офталмологией; последняя еще не отделилась. Пирогов был чистый хирург—как практик, анатом как теоретик. И тут, как я говорил выше, науки еще не разделились.

Как ни как, Караваев достойный ученик и достойный современник Пирогова. Его имя пользовалось величайшим уважением. Достаточно сказать, что он был почетным членом многих медицинских обществ в России; кроме того, в день его 50-ти летнего профессорского юбилея, как сказано, он был удостоен звания почетного гражданина города Киева. Подобную честь впоследствие заслужил профессор Склифоссовский от Одессы.

Рядом с Караваевым нельзя не назвать несколько других лиц—проф. Неммерта и проф. Китера. Первый состоял ассистентом Пирогова в госпитальной хирургической клинике с 1842 г., ездил вместе с Пироговым на Каквказ; второй правда, уже по получении докторской степени, был первым ассистентом Пирогова в дерптской клинике. Оба они—сначала Неммерт, затем Китер заняли кафедру госпитальной хирургии в Академии

после выхода в отставку Пирогова, так что должны считаться его продолжателями. Неммерт был прекрасный человек, „на свой счет кормивший оперированных и вообще трудно больных своей клиники" (*Белогорский, стр.* 126), прекрасный хирург-техник, хорошо образованный хирург и знаток анатомии, но он „не увлекался оперативной деятельностью". „Он считал профанацией хирургического ножа оперировать в запущенных случаях, где или рецидив болезненного процесса немедленно должен был наступить, или операция не могла принести даже временного облегчения больному" (*Белогорский,* стр. 125). Одним словом—Неммерт это хирург, как говорится, консерватор. Это не Пирогов, который брался за ампутации бедра там, где все отказывались. Как ученый—Неммерт посредственность. Первым кончив Академию, подавая вначале блестящие надежды, Неммерт както завял. Правда, он умер всего 39 лет от роду, пробыв на кафедре только два года.

Проф. Китер был иного склада человек. Также далеко отстав от своего учителя,—Пирогова, Китер прежде всего самым тщательным образом следил за прогрессом хирургии и пользовался всеми нововведениями. Именно потому, о чем речь пойдет в следующей главе, в его клинике впервые в России был применен антисептический метод Листера. Далее, Китер умел и любил создавать школу. Для характеристики этой особенности Китера я приведу выписку *из сочинения Белогорского.* Она тем нужнее здесь, что послужит данным для некоторых исторических сравнений.

„Отличаясь стойкостью и независимостью своих убеждений, Китер высоко ценил чужое мнение и не переносил подделывания и прислуживания со стороны подчиненных студентов. В то же время он зорко приглядывался к своей аудитории, старался узнать каждого слушателя и, убедившись в способностях и добросовестном отношении к делу кого-либо, он всячески способствовал доставить такому студенту

или врачу возможность к дальнейшему совершенствованию в хирургии.

Начинающих изучать хирургию Китер вел постепенно от меньшего к большему, требуя при этом даже в незначительных операциях такой тщательности в их производстве, какою отличался сам. Но. доверив производство операции кому-либо из ординаторов, Китер уже не вмешивался в ее ход. предоставляя оперирующему самому справляться с встретившимися затруднениями" (стр. 156).

Драгоценное качество Китера быть учителем, наставником напоминает собой такое же качество Буша. Как было видно из первой части „Очерка истории русской хирургии", Буш создал блестящую школу русских хирургов, на вершине которой стоял Буяльский. Совершенно подобно этому, Китер также создал блестящую школу учеников, из которой выходили как профессора хирургии, так и профессора оперативной хирургии. Стоит перечислить вереницу выдающихся учеников Китера: Богдановский—в конце концов профессор госпитальной хирургической клиники и наследник Китера, Геппенер—профессор оперативной хирургии, Ляндцерт—профессор анатомии, Лесгафт—профессор анатомии, Пелехин—профессор хирургии, Коломнин—профессор хирургии, Ринек профессор хирургии, Павлов Е. В.—профессор хирургии, Ермолаев—профессор анатомии. Левшин профессор хирургии. Целая плеяда профессоров, не только получивших кафедры в медико-хирургической Академии, но и в университетах Казанском (Лесгафт и Ермолаев), в Киевском (Ринек), в Московском (Левшин).

Если сравнить школы Буша, Китера и Пирогова, то последняя проиграет. Такой блестящей вереницы учеников Пирогов несомненно не имел. Помимо Караваева, Неммерта, Китера у Пирогова были и другие ученики—хирурги-практики. Но учеников хирургов-практиков было много и у Буша, и у Китера. Китер занимал кафедру госпитальной хирургической

клиники всего 12 лет (с 1858 по 1870 г.); Пирогов занимал ее 15 лет. Значит, преимущество времени на стороне Пирогова, и тем не менее результат различный. Очевидно, должна быть найдена причина такого, на первый взгляд, странного явления.

Думаю, что нельзя найти иной причины, кроме характера самого Пирогова. Можно быть гениальным человеком и неуживчивым не только по отношению к своим товарищам—профессорам, но и по отношению к своим ближайшим помощникам, по отношению к своим ученикам. Строгость и требовательность по отношению к своим ученикам не являются препятствием к созданию школы. Китер был требователен, Буш был также строг и требователен. Большой помехой для создания школы является невнимательное отношение к своим ученикам, слишком эгоистическое отношение к самому себе, увлечение своими идеями до такой степени, что все, не совпадающее с мнением шефа, считается за вздор, иначе говоря, нетерпимость к чужим мнениям, как своих коллег. так и своих учеников. Я не могу доказать, чтобы именно эти отношения служили причиной такого удивительного явления, как отсутствие или, по крайней мере, малочисленность учеников Пирогова, учеников его кафедры, его клиники, но думаю вправе допустить приведенное толкование, так как Пирогов и в отношениях с конференцией был нетерпим.

Если я не прав, то тогда положительно невозможно объяснить разбираемого факта. Замечательный лектор, крупнейший ученый, виртуоз-хирург, стоящий во главе и самой большой клиники в России, и анатомического института, человек, который работает с поразительным увлечением и несравнимой настойчивостью, который увлекает своими взглядами не только хирургов России, но и Европу—и вдруг—нет учеников... Непонятно...

На самом деле интересно то, что гениальные люди нередко отличаются нетерпимостью во взгля-

дах, потому отталкивают от себя особо талантливых сотрудников, которые готовы-бы работать, но в то же самое время не отказываются от свободы мышления, от права, значит, и критики, в известных пределах, идей своего учителя. В этот момент я бы хотел провести параллель между Пироговым и Мечниковым. И тот, и другой обладают таким громким именем, что их можно сравнивать. А у Мечникова также трудно было работать, ибо мысль, не совсем совпадающая с его идеей, считалась также чуть ли не ересью, не заслуживающей внимания.

Может быть, такие крупные люди, как Пирогов, как Мечников иными и быть не могут?!. Размах их работы, размах их взглядов так велик, они так убеждены в том, до чего доходят, так иногда опережают свое поколение, что получают более широкую школу учеников. Их горячий темперамент, их постоянное стремление вперед не дает возможности ближайшим их сотрудникам развернуть свои мысли; ближайшие сотрудники подавляются мыслями своего учителя, стушевываются перед ними. Их задача состоит в том, чтобы зафиксировать и не потерять то, что говорит их учитель. Разве мы не должны быть благодарны напр. Черторoеву, ассистенту Пирогова, за то, что он опубликовал лекции Пирогова? Иначе эти лекции исчезли бы и не дошли до нас.

Черторoев был несомненно выдающимся человеком. Это можно усмотреть из его краткой биографии.

„Черторoев родился в 1824 г.; среднее образование получил в Минской гимназии, которую окончил с золотой медалью в 1843 г., после чего поступил в Академию, где в 1850 г. удостоен звания лекаря с премией Буша. Назначенный в Охотский Егерский полк, Черторoев был прикомандирован к 2-му военно-сухопутному госпиталю. В 1852 г. он перешел на службу при дворе великой княгини Елены Павловны, одновременно неся бесплатно обязан-

ности ассистента клиники, до оставления кафедры Пироговым, когда и Чертороев ушел из клиники.

Во время Крымской войны Чертороев был единственным ординатором и ассистентом клиники, в которой число больных нередко превышало 300 человек. В это же время Чертороев в госпитальной хирургической клинике обучал уходу за больными и ранеными сестер милосердия только что основанной тогда Крестовоздвиженской общины. Черторoев опубликовал записанные им лекции Пирогова" (*Белогорский, стр. 114*).

Разве не смотрит на нас портрет молодого врача, увлекшегося гениальным учителем, молодого врача, блестяще окончившего курс, стремящегося к своему учителю, попавшего к нему, глубоко ему преданного, преданного до того, что он ушел из клиники сейчас же, как ушел Пирогов, а пока был Пирогов, бесплатно исполнявшего обязанности ассистента и, так сказать, научно погибшего за своего учителя? Пирогов, так сказать, заел молодую талантливую жизнь, заел своим авторитетом, задавил своими знаниями, поработил своим идеями. От Черторoева остались только лекции Пирогова и больше, кажется, ничего. А Пирогов тем временем шел и шел вперед.

Гениальные люди иногда слишком эгоистичны: они требуют, они нуждаются в преклонении и повиновении. Ближайшие их ученики —выполнители их мыслей, но не самостоятельные работники. Их школа целая страна и целый свет занимающихся тем же делом людей. Таким был Пирогов. Его школа — все хирурги второго периода истории русской хирургии. Из предыдущих глав было видно, до какой степени многие взгляды Пирогова, многие, подмеченные им, факты играют роль и в настоящее время. Если сейчас любой хирург начнет снова перечитывать сочинения Пирогова, он опять и опять будет учиться Школа Пирогова более широка, чем узкий круг его личных учеников. Пользуясь этой школой, школой в узком смысле, для достижения своих идей, подавляя,

может быть, невольно ее самостоятельность, он раздвигает пределы школы до грандиозных размеров, давая характеристику целому периоду истории, который может быть назван Пироговским периодом.

Думаю, понятно, что рассмотрение важного вопроса о школе Пирогова в узком смысле не служит поводом для укора его памяти. На Пирогова принято смотреть как на некоего святого. Если читать его „Вопросы жизни", т. е. его предсмертное творение, которое он к сожалению не окончил, то может получиться и впечатление некоторой святости. Однако, это впечатление несомненно ошибочно. Пирогова нужно ценить не как полусвятого, безгрешного, а наоборот, как человека в полном смысле слова — боевой темперамент, стремящийся вперед через препятствия, ведущий за собой всю русскую хирургию и подавляющий своим авторитетом своих ближайших сотрудников. Из всей школы Пирогова, кроме Караваева, для нас ценен сам Пирогов. Для истории ценен Китер — ученик Пирогова—восполнивший пробел Пирогова в госпитальной хирургической клинике созданием блестящей школы учеников. Пирогову этим некогда было заниматься: он был слишком поглощен собой и своими мыслями. Все его ученики были ниже его—они это чувствовали, они это знали и не могли не знать, потому стушевывались. Думаю, что равного себе по силам среди учеников он бы не потерпел. Китер наоборот не только терпел около себя равных себе, но внимательно искал людей, которые будут выше него и находил их.

Прогресс науки, в частном примере, прогресс хирургии совершается по двум путям. С идеально-отвлеченной точки зрения можно было бы ожидать и надеяться, что ученики каждого учителя должны перегонять своего учителя. Если широко взглянуть на историческую перспективу прошлого, то так оно в конце концов и получается. В этом поступательном движении вперед иногда бывают даже некоторые за-

стои. При таком постепенном развитии, вдруг врывается гений, как результат накопившихся за много-много лет умственных сил и энергии в известной области знаний. Как вихрь, гений несется неудержимо вперед, опережая свое поколение и опрокидывая препятствия. Он убежден в своей правоте, он творит и учит своему творению широкие круги интересующихся его делом людей. Он не считается с наиболее близкими своими учениками, или считается с ними постольку, поскольку они успевают воспринимать его идеи, усваивать его мысли, осуществлять его начинания. С характером страстным, самолюбивым, они часто не терпят возражений, считая возражения, и возражения иногда существенные, вздором, личными счетами, непониманием, недомыслием.

В этом роде был Пирогов. Его наследие — русские хирурги второго периода — не оказалось бесплодной почвой. Заветы Пирогова анатомического характера остаются фундаментом хирургической анатомии. Его госпитальная хирургическая клиника — образец для всех госпитальных хирургических клиник России. Его „полевая хирургия“ — и до сих пор основа „хирургии войны“. Его экспериментальные достижения нередко и теперь ложатся в основу совершенствуемых способов лечения; его научные взгляды так подчас глубоки, так проникновенны, что именно их надо пересмотреть, сообразно с современным состоянием науки, в них можно найти объяснение того, что еще требует объяснения. Пирогов создал школу. Его школа — вся русская хирургия.

ГЛАВА VI.

Появление антисептики в России.

Второй подпериод второго периода истории русской хирургии я начинаю с Восточной войны 1877—78 г.г. и потому, что как раз во время этой войны впервые во всем мире на театре военных действий была испытана антисептика Листера. Такой знаток литературы вообще, германской особенно, как Рейер участник войны 1877—78 лет на Кавказском фронте в своей работе: „Антисептическое лечение ран в полевой хирургии" (*Военно-медиц. журнал*, 1878, т. 133, стр. 423) говорит так:

„Если исключить несколько случаев огнестрельных ран, описанных Фолькманом в его статье: „О лечении осложненных переломов", то окажется полный недостаток в наблюдениях и опытах, из которых бы можно было сделать заключения о значении, выгоде и возможности применения антисептического метода лечения ран в военно-хирургической практике". (стр. 424).

Как на Европейском театре военных действий, так и на Кавказе наиболее видные русские хирурги схватились за антисептику и провели ее. „Военно-медицинский журнал" 1878 г. полон статьями на эту тему. Тут и „Хирургические афоризмы" Бергмана, приводящего блестящие результаты лечения огнестрельных ранений колена, тут и упомянутая статья Рейера, тут и наблюдения проф. Склифосовского „В госпиталях и на перевязочных пунктах во время турецкой войны"; рядом большая работа Борнгаупта

и Вельяминова—„Из полевой хирургии на Кавказе“, написанная под впечатлением работы с Рейером, и Беневоленского— из наблюдений над больными Бергмана, и Корнилия Соколова, и Кузьмина. В Обществе же Киевских врачей доклад профессора Коломнина. И все эти статьи, помимо разнообразного материала, связаны одним общим выводом, что антисептика не только применима в „хирургии войны“, но крайне полезна. Под покровом антисептики особенно расцвела та консервативная хирургия, которую проповедывал Пирогов.

Во время войны 1877—78 лет антисептика была использована широко и принесла свою пользу. Она завоевала себе право гражданства в отношении к раненым: если антисептика облегчила консервативное отношение к ранениям, сделала его более надежным в смысле предупреждения заражения первичной раны и в смысле, следовательно, предупреждения распространения инфекции в глубину раны, то антисептика с другой стороны позволила расширить консервативно-кровавые первичные вмешательства.

Интересно, что как раз в эту войну Пирогов совершал свое последнее путешествие по театру военных действий. В его „Военно-врачебном деле“, имеется ряд страниц, посвященных вопросам антисептики. На выдержках из этих страниц нельзя не остановиться—они рисуют отношение маститого хирурга к вновь, не только народившемуся, но и применяемому методу лечения огнестрельных ран.

„Но тому, что я считаю истинным прогрессом нашей полевой хирургии, приписывая эту заслугу себе, угрожает снова отмена. Угроза идет с другой стороны, многое обещающей в будущем и имеющей довольно твердое основание в настоящем. Я разумею способ Листера. В нынешнюю войну 77—78 годов на перевязочные пункты явились опытные, весьма дельные хирурги и учителя хирургии, ревностные адепты этого способа, испытавшие его с большим успехом в клиниках и госпиталях в мирное время.

Один из них, проф. Бергман, тотчас же при переходе наших войск через Дунай, принялся за приложение листеровской повязки к огнестрельным ранам, на перевязочном пункте в Зимнице. Но, при первой же попытке, убедился, что перевязочной пункт—не клиника. Грязная вода Дуная и болгарская пыль засорили антисептические пульверизаторы (Sprayapparate) Листера. Через 3 4 дня, после наложения листеровской повязки на раны, проф. Бергман нашел их, после транспорта раненых из Зимницы в Пиатро, до того пропитанными гноем и пылью, что впоследствии отказался от употребления листерова способа на перевязочных пунктах. Нашелся, однако же, другой хирург, бывший ассистент проф. Бергмана, доктор Рейер, который сумел преодолеть и эти труд ности. Он, действуя на перевязочном пункте на Кавказе, был снабжен всеми пособиями. У него был под руками и летучий отряд (для перевязочного пункта на 10 мест) и полевой лазарет (150 мест); раненые из летучего перевозились в полевой в особых повозках... Прикомандированные врачи, фельдшера и сестры были уже и прежде, в клинике Дерптского университета, посвящены в трудное дело накладывания листеровой повязки. С этим запасом лиц и всего нужного материала, д-р Рейер мог приложить способ Листера, с соблюдением всех предосторожностей, тотчас же, к самым сложным ранам, на своем перевязочном пункте (летучем лазарете), при осаде Карса и при битвах под Авлиаром (6--13 августа, 20 27 сентября и 3 октября 77 года) (*Воен.-врач. дело*, т. 2, стр. 181 -182).

Чтобы охарактеризовать переход первого во второй подпериоды, т. е. пироговский подпериод в листеровский, позволю себе привести выдержку из статьи проф. Вельяминова: „Lord Lister“ (*Хирург. Архив Вельяминова*, 1912 г., стр. 215).

В апреле 1877 г., будучи военным врачем, приехал я в Тифлисский военный госпиталь на службу. Главному врачу Краснобаеву, по его словам, мое лицо почему-то показалось „хирургическим“, и он поручил мне сейчас же „фербанд“—так почему-то называли там хирургическое отделение на 60 мест, помещавшихся чуть ли не в одной комнате.

Прихожу я на другое утро в свое отделение и вижу, как на одной из коек сидит без халата солдатик и из разорванного рукава своей же рубашки щиплет корпию; спрашиваю его, что он делает; он объясняет серьезно, что у „фершала“ не хватает ваты и корпии для перевязок, вот он и готовит себе корпию, все равно рукав в лохмотьях, беречь его не стоит, завтра дадут другую рубаху... Несколько дальше сидит группа полураздетых больных вокруг какого-то сосуда и среди них фельдшер; подхожу, и меня обдает невероятное зловонение; вижу, стоит старое, грязное, ослизлое, деревянное ведро, наполненное пропитанными гноем и кровью, снятыми с ран, перевязками; рядом на грязном табурете лежит зонд „турундник“, пинцет, ножницы, ослизлая, зловонная губка; тут же „фербанд“—деревянный ящик с отделениями, в котором клочья ваты, куски марли, корпия, турунда, какие-то подозрительного вида мази, липкий пластырь, спринцовка, баночка с карболовым (!) маслом; прикомандированный ротный фельдшер в очень грязном мундире, какого „срока“ не знаю, по очереди, не моя рук, переходит от одного больного к другому и что-то делает - это идет „перевязка“; более опытные больные делают себе перевязки сами; мне остается писать листки. К лежачим больным все нужное приносит грязными руками служитель.

На другой день я пытаюсь заводить порядок, осматриваю сам всех больных и к ужасу констатирую, что все раны, язвы, даже отверстия свищей покрыты серым налетом; у некоторых настоящая госпитальная гангрена; кроме того, есть несколько умирающих пиэмиков и рожистых, почти все лихорадят. В следующие дни вижу, как простые язвы голени поражаются госпитальной гангреной, окружность их распадается, обнажая кость; что не тронешь ножем, все превращается в гангренозную язву; более тяжелые больные гибнут... Сначала нескольких больных переводят в гангренозное отделение, но всех не переведешь; вскоре отделение превращается в какой-то ад“. (стр. 228).

Слова Вельяминова добавляют то, что было изображено в предыдущих главах по Пирогову. „Предоставляю читателю судить“, прибавляет Вельяминов: „каково было мое удивление, когда, войдя в опера-

ционный шатер, я впервые увидел всю обстановку операций и перевязок по совершенно неизвестному мне способу Lister'a".

„Рейер работал среди целой группы своих ассистентов- -врачей и дерптских студентов, в тумане карболового sprey'я; они были в чистых, белых фартуках, с высоко засученными рукавами; между операциями и перевязками все усиленно мыли себе руки щетками, опускали их в карболовый раствор и тогда только прикасались к ранам: я увидел, как усердно мыли щетками и мылом операционное поле и сбривали с него волосы, на конечности быстро накладывали Esmarch'овский жгут (тоже до тех пор мной не виданный): поразило меня, что все подаваемые на стол больные были захлороформированы; ассистент подавал оператору инструменты, вынимая их из сосуда, наполненного карболовым раствором; чистенькая, нарядная сестра почти торжественно подавала оператору кэтгутовые лигатуры и по очереди все слои Lister'овской повязки, вынимая их из чистых цинковых ящиков. Смелыми широкими разрезами оператор то обнажал огнестрельные переломы, удалял осколки, дренировал рану, то широко вскрывал коленный сустав, промывал его, вставлял дренажи и зашивал рану, то резецировал разбитую плечевую головку или суставные концы в локтевом, голено-стопном, кистевом суставах или, широко раскрыв рану, перевязывал в ней сосуды, видимо решая план действий тут же, по мере особенностей каждого случая; тут же делались и все перевязки раньше оперированных" (стр. 230).

Я привел сведения о деятельности Рейера по Пирогову и по Вельяминову. Теперь черед за самим Рейером. Чего же он добился? „Если теперь разделить", говорит он: „в только что изложенном смысле 124 ранения больших суставов, пользованные в Красном Кресте, то приходится:

на первую категорию, т. е., первично пользованных по антисептическому методу ранений суставов . . . 46 случаев.

во вторую категорию, т. е. последовательно пользованных по антисептическому методу ранений суставов . . 78 случаев.

124 случая.

Из 46 случ. первой катег. умерло 6 % смерт. 13,0%.
Из 78 случ. второй катег. умерло 48 % смерт. 61,5%.
(*Антисептическое лечение ран Воен.-Мед. Журн.* 1878, стр. 437). „62 случая ранений суставов, пользованных консервативно, без антисептических правил" дали 62,9% смертности (стр. 412). „Из 22 переломов, первично пользованных антисептическим методом, окончились смертью только 4, т. е. 18.1%". (стр. 670). Из 65 переломов, пользованных вторично по антисептическому способу, окончились смертью 35,3%" (стр. 671). Рейер—сторонник первичного оперативного вмешательства, под покровом антисептики, в интересах предупреждения инфекции ран. Я говорил выше, что Пирогов отказывался от первичных предупредительных оперативных вмешательств потому, что не был уверен, не принесет ли такое вмешательство больше вреда, чем пользы. что он не был уверен в исходах вмешательства, не знал причин заболеваний и не умел их предупредить. С методом Листера и то. и другое было, наконец, найдено. Рейер широко воспользовался антисептикой и статистикой доказывал ее преимущества. Казалось, Пирогову можно было радоваться. А он подверг действия Рейера довольно жестокой критике. Правда, Рейер слишком увлекся: он предлагал напр. для удобства дренажа коленного сустава иссекать часть наружного, не поврежденного, мыщелка; для удобства дренажа голено-стопного сустава иссекать частично наружную лодыжку. „Из этого видно," говорит Пирогов: „что введение листеровой повязки (первичной), на перевязочных пунктах, совершенно искоренило бы мое главное правило оставлять, сколько можно, рану в покое и не обнажать поврежденные подкожные части; а ле-

чение ран под струпом и неподвижными повязками пришлось бы ограничить немногими случаями. В большей же части случаев пришлось бы действовать на перевязочном пункте диаметрально противоположным образом“ (стр. 183). „Для меня непонятно“, пишет далее Пирогов: „как это серьезные и дельные учителя хирургии могут еще советовать глубокие разрезы, извлечение осколков и тому подобные вещи, не соображая, что раненые, на перевязочных пунктах, не могут находиться в руках одних только опытных хирургических виртуозов;—много ли таких, и могут ли они одни справиться? И можно ли такое дело, как извлечение осколков, разрезы и т. п. предлагать всем молодым охотникам до хирургических операций, да еще, на перевязочном пункте“ (стр. 197).

Если отбросить некоторые увлечения Рейера, о которых вскользь мною упомянуто, то, конечно, Рейер был прав. Его статистика, хотя и не очень большая, прекрасно обработана и доказательна: разница между течением огнестрельных повреждений после первичной и вторичной листеровской обработки, еще бóльшая разница между первичной обработкой по Листеру и отсутствием такой обработки бьет в глаза. Подвергая Рейера критике, Пирогов не мог не видеть, и видел, что Рейеровские начинания, и именно Рейеровские, могут кончиться переворотом в деле „хирургии войны“, в деле подачи помощи раненым. Написав 2 тома „Военно-врачебного дела“, Пирогов кончает свое замечательное сочинение следующими фразами:

„Читатель, проследивший с вниманием все сообщенное мною об огнестрельных повреждениях из последней турецкой и предшествовавших войн, придет, я полагаю, вместе со мною к следующему заключению.

Полевая хирургия, в настоящее время, стоит на распутьи. С одной стороны ей предстоит роль Фабия Кунктатора, „cunctando restituere rem“, т. е. ограничить еще более первичные операции и культи-

вировать выжидательно-сберегательный способ лечения с его последствиями,— вторичными операциями.

С другой стороны, для полевой хирургии открывается обширное поле самой энергичной деятельности на перевязочном пункте,—первичные операции в небывалых доселе размерах: первичные резекции и ампутации, тщательное извлечение осколков и засевших в костях пуль, смелые разрезы суставных сумок, проведение дренажей, промывания ран противогнилостными жидкостями и наложение антисептических повязок, словом, применение на перевязочном пункте антисептического способа в самом строгом значении слова.

Выбирать золотую середину между этими двумя крайними стремлениями невозможно. Мы видим, чего требуют пуристы школы Листера от приложения этого способа лечения к травматическим повреждениям, и они, в конце концов, правы в своей строгой последовательности. Нельзя быть наполовину антисептиком.

Чтобы достигнуть безупречного результата, надо и безупречно действовать с момента нанесения раны. Нельзя, поэтому, и соединить, безупречно, выжидательно-сберегательный способ с антисептическим способом лечения Листера. Кто покроет рану только снаружи антисептическою повязкою, а в глубине даст развиться ферментам, в сгустках крови и в размозженных или ушибленных тканях, тот совершит только половину дела, и при том самую незначительную. На сколько будущие войны и будущие администрации сделают все это возможным, покрыто мраком неизвестности. Но, стремление науки, по этим двум противоположным направлениям, неизбежно и неотразимо".

Предсмертное заключительное слово Пирогова исторически крайне ценно. Как ученый, он остался до конца дней беспристрастным судьей выдвигаемых наукой положений. Дойдя собственным умом почти до открытия Листера, Пирогов его оценил по достоинству. Из указанных двух путей хирургия выбрала путь, на который наиболее смело вступил Рейер. Гармония администрации и лечебной части все ближе и ближе подходят к решению задачи пер-

вичной оперативной помощи, когда она нужна, и, как показала мировая война, иногда эта задача разрешалась окончательно.

В заключительном слове Пирогова, однако, мы не находим весьма важного ответа на тот вопрос, который поставлен им, который ставился и после него: можно ли преподавать, можно ли рекомендовать молодым хирургам ранние оперативные вмешательства на перевязочных пунктах? Раз эти вмешательства необходимы с точки зрения пользы раненых, раз эти вмешательства покоятся на научных основаниях, то преподающие ничего иного и не могут рекомендовать своим ученикам. В том и заключается прогресс, что ученики должны научиться тому, как наилучшим образом помогать хирургическим больным вообще, раненым в частности. Дело учителей учить и учить: учить до тех пор, пока ученики не овладеют современными, наиболее выгодными для раненых, методами лечения. На мой взгляд, возражение, приведенное Пироговым и имеющее историческое значение, с исторической же точки зрения неправильно, ибо молодые врачи оказываются в условиях подачи помощи как раненым, так и больным. Хирурги-преподаватели всегда говорили и сейчас говорят о наиболее выгодных способах лечения; их рекомендовали и рекомендуют. Иначе исторически дело прогресса и невозможно.

В предыдущем я остановился главным образом на Рейере, т. к. он с особой энергией отстаивал и проводил листеровский способ лечения ран на Кавказском театре войны. Но еще раз напомню, что одновременно с Рейером антисептикой пользовались и Бергман, и Коломнин, и Склифоссовский. Таким образом, честь введения антисептики на полях сражения принадлежит ряду русских хирургов, а не кому-нибудь одному из них.

Теперь возникает вопрос о том, кто впервые ввел антисептику в России? Ведь работы Lister'а

появились в средине 60-х годов 19-го столетия: русско-турецкая война протекала в 77—78 годах. Как же дело складывалось до тех пор? На этот вопрос имеются различные ответы. Один из ответов принадлежит Вельяминову. Он считает, что антисептику в России ввели Бергман и Рейер. Вельяминов —ученик Рейера. Чтобы разрешить этот, не только интересный, но и важный исторический вопрос, приходится делать ссылки.

„Кончил я курс", писал *Вельяминов в статье о Листере*: „в Московском университете в феврале 1877 г. Моими учителями были В. И. Басов и И. Н. Новацкий: десмургию нам читал Н. В. Воронцовский: все они, повидимому, о Lister'е и его учении тогда еще ничего не знали, по крайней мере, они нам ничего об этом не говорили.—Что мы видели в клинике Басова? Изумительную технику, такую, какой теперь, пожалуй, не увидеть, и... пиэмию, септикэмию, рожу, иногда и дифтерит ран, одну из разновидностей „госпитального антонового огня"; в клинике Новацкого в Ново-Екатерининской больнице — только гнило- и гноекровие, рожу, госпитальную гангрену, иногда столбняк. Басов оперировал обычно в форменном вицмундире, наиболее старом, конечно, едва засучив рукава и несколько завешиваясь небольшим фартучком, чтобы не забрызгать манишки; ему помогали два ассистента и два фельдшера, только что окончившие обход и перевязки; ассистенты что-то надевали поверх сюртуков, фельдшера же оставались в засаленных пиджаках; один из фельдшеров, стоя на коленях с подносом в руках, подавал инструменты, другой—лигатуры, из красного шелка, которые он вынимал из-за отворота своего пропитанного чем угодно пиджака; иглы с красным шелком красовались тут же на столике, воткнутые в сальную свечку, которая служила для смазывания их и шелка, чтобы иглы и шелк легче скользили чрез ткани... А в бедной Ново-Екатерининской больнице, в „госпитальной" клинике Новацкого—там почти не оперировали, вскрывали затеки и гнойники, ампутировали, делали литотрипсии,- вероятно, потому, что не стоило, все равно от пиэмии и септикэмии не спасти: там воздух в палатах был такой, что свежему человеку дурно

делалось; там было настоящее царство смерти, только и видишь бывало, как выносят покойников"... (стр. 226—228).

„У нас в России", продолжает Вельяминов: „начало антисептической эры определяется временем нашей турецкой войны 1877 78 г. г. Bergmann в Дерпте, работавший тогда над этиологией сепсиса, был первый хирург в России, почуявший новую эпоху в хирургии и искренне заинтересовавшийся Lister'овским учением, а его ученик Рейер был первый и чуть ли не единственный российский хирург, сразу взявшийся за изучение нового способа у самого автора его еще в 1873 г. Что бы ни говорили и ни стремились доказывать, но бесспорно, что Bergmann и его школа с Рейером во главе ввели антисептику, в настоящем смысле этого слова, в нашем отечестве" (стр. 224).

Такой авторитетный человек, как Вельяминов, утверждает и очень безапелляционно, что честь введения антисептики принадлежит в России Бергману и Рейеру. С таким категорическим заключением решительно нельзя согласиться, на основании данных истории. Д-р Поздеев (*Кафедра оперативной хирургии и имп. военно-медиц. академии. 1898 г.*) пишет по этому поводу так:

„Когда у нас, в 1868 г. опубликован был в „Медицинском Вестнике" (*№№ 34 и 35. Статья Пелехина*) способ перевязки ран, предложенный Листером, это сообщение не произвело никакого переворота в практической хирургии и не нашло себе подражателей: когда же в Германии, в 1872 г. профессор Фолькман обнародовал фактические данные, доказывающие значение и важность антисептики, и последняя стала общепринятою у немцев, тогда и у нас она появилась сначала в Юрьеве, а затем уже стала мало-по-малу распространяться и по всей России. Хирургическая отважность, овладевавшая немецкими хирургами, под влиянием листеровской повязки, как в зеркале отразилась и в деятельности наших хирургов" (стр. 130).

Таким образом, в России первый заговорил о выгодах антисептики Листера профессор медико-хирургической Академии П. П. Пелехин. Это несомненный факт, не подлежащий оспариванию. В следующей главе я покажу, что Вельяминов не совсем прав и в другом отношении: московские хирурги говорили о листеровском способе лечения в начале 70-х годов, может быть, под влиянием статьи того-же Пелехина, но во всяком случае после нее. Мало того, что Пелехин первый заговорил об антисептике: он специально ездил учиться этой антисептике в Англию. „Рейер", говорит Вельяминов: „был первый и чуть ли не единственный российский хирург, сразу взявшийся за изучение нового способа у самого автора его еще в 1873 г." Пелехин же, опубликовавший свою статью под заглавием „Успех новых идей в хирургии при лечении ран. сложных переломов и гнойных накоплений" в 1868 г., до этого посетил Англию и Шотландию и в своей статье базировался на наблюдениях как самого Листера, так Сайма и Уатсона. Упомянутая статья Пелехина имеет большое историческое значение; потому считаю необходимым привести из нее некоторые выдержки. Прежде всего заслуживает внимания способ лечения Листера, как он применялся в самом начале (в 60-х годах) и как он описан *Пелехиным*.

„Способы применения феноловой кислоты Листером следующие. При сложном переломе он по возможности очищает всю рану, затем вводит (куском тряпки на пинцете) во все ее извилины и углубления крепкий раствор феноловой кислоты и тотчас покрывает всю рану, обходя вершка на два края, куском холста, смоченного в растворе кислоты (около 30%) ,в обыкновенном деревянном масле; затем сверх этого кладет на такое же пространство род густого теста, сделанного из обыкновенных белил, смешанных с раствором 1 части феноловой кислоты с 4 частями вареного льняного масла и намазанного между двух тонких ветошек равномерным слоем толщиною в $^1/_6$ вершка. Эта наружная покрышка ме-

няется каждый день или и чаще, если нужно, но так, чтобы не трогать с места непосредственно лежащей ветоши и чтобы обмен покрышек совершался возможно быстро. Когда все следы отделения из раны исчезли, он перестает класть покрышку, но ветошь не трогает с места до полного заживления. Для препятствия испарению феноловой кислоты, Листер употреблял тонкие листы свинца, так как пары этой кислоты проникают и клеенку, и гуттаперчу. Для нарывов Листер кладет ту же ветошь, смоченную в самом крепком растворе кислоты в масле, на поверхность, где предполагается разрез, затем макает нож в тот же крепкий раствор и, подводя под ветошь, делает быстро разрез, спуская ветошь. Гной течет из под ветоши; при этом кладут сверху другую и даже третью, удаляя подлежащую. Когда все выпущено, поверх ветоши кладется описанная покрышка. Здесь можно по надобности осторожно менять и непосредственно лежащую ветошь, так как рана не велика и раздражения от кислоты опасаться нельзя. Турунда вводится, как и нож, смоченная в крепком растворе кислоты".

„При обыкновенных ранах эти два метода видоизменяются по надобности. При операционных ранах поверхности разрезов обмываются перед окончательным закрытием не крепким, а слабым раствором кислоты в воде (5%) и затем снаружи перевязка та же как выше.

Ко времени моего посещения (в начале этого года), Листер уже несколько изменил свой первоначальный способ, употребляя вместо теста из белил мягкий парафин, к которому в различных пропорциях прибавлялась феноловая кислота. Эта смесь всегда находилась готовою, но свежеприготовленною, в палате и намазывалась таким же слоем на гуттаперчевую ткань, на которую предварительно клалась для прочности редкая серпинка, или намазывалась на холст и покрывалась свинцовым листом (стр. 326).

Как видно, Пелехин описывает самую первоначальную повязку Листера, без карболового распыления, без всех последующих усовершенствований, и от этой повязки получались, по сравнению с до-антисептическим периодом, блестящие результаты. Пелехин

приводит ряд крайне тяжелых открытых повреждений, которые под листеровской повязкой заживали быстро и без нагноения. Подводя итоги своим наблюдениям, он говорит так: „идти дальше и предполагать, что госпитальная зараза ран имеет газообразную форму, мы не имеем никаких оснований; напротив, много есть фактов прямого переноса, и по опыту Листера, из плохих палат которого исчезла не переводившаяся там гангрена и рожа (не говоря уже о болезнях от разложения гноя в теле), нужно полагать, что сильные противогнилостные средства убивают и этих, пока неизвестных, зародышей" (стр. 333).

„Если в заключение прибавить", сообщает *Пелехин*: „к тем результатам от листеровского способа, которые я видел сам, что уже публиковано несколько случаев заживления сложных переломов совершенно по законам простым, что уже были вскрыты два гноящиеся сочленения и при том одно колено известным точностию хирургом Гитом (Heath of Univ. Col.), не только без вреда, но с выздоровлением суставов, то читатель согласится, что переворот, который обещает разработка на этом пути, велик и относится ко всей хирургии. Поэтому я, глубоко убежденный в верности основных фактов, обращаюсь к имеющим возможность тотчас их проверить и разрабатывать на нашей почве, когда они еще не приняты почти нигде заграницей. Да не забудет однако никто ртути в опытах Пуше или тяги в исследованиях Менье—крайняя точность и уверенность, что зародыши не попадают мимо феноловой кислоты или другого подобного деятеля (так как весьма желательно найти не менее действительный, но менее раздражающий агент) составляют непременную исходную точку в этом важном деле" (стр. 334).

Значит, приоритет Пелехина о стремлении ввести антисептику Листера в России можно считать установленным. Мало того, под влиянием Пелехина способ Листера был испытан в госпитальной хирургической клинике Китера. Окончание статьи Пелехина было помещено в № 34 „Медиц. Вестника" от 24 августа 1868 г., а Китер обратился в конференцию

академии с рапортом о приобретении карболовой кислоты, так как „он желал показать применение ее в клинике, при лечении хирургических болезней" 2-го сентября 1868 г. А немного времени спустя, он доводит до сведения конференции „о несомненной пользе карболовой кислоты в различных хирургических болезнях"... „Затем Китер стал применять масляную листерову повязку при вскрытии холодных нарывов, считавшихся noli me tangere" (*Белогорский, стр. 157*). Отсюда становится ясным, что не Рейер, а Пелехин и его учитель Китер ввели антисептику в России. Пелехин был так увлечен листеровским учением, что сбрил себе усы, волосы на голове, даже брови и сам проводил, будучи профессором, идеи Листера.

Я не оспариваю того факта, что Бергман и Рейер служили популяризаторами, проводниками идеи Листера, что за ними скорее пошли русские хирурги, особенно потому, что сами Бергман и Рейер служили продолжателями начинаний Фолькмана в Германии, а сочинения Фолькмана в России охотно читались, по ним учились, но первый разгадал значение переворота, произведенного Листером, в России, первым об этом заговорил и, благодаря Китеру, применил — конечно проф. Пелехин.

Заслуга Пелехина и Китера маскируется тем обстоятельством, что проф. Богдановский, получивший кафедру госпитальной хирургической клиники после Китера, не увлекался антисептикой. На этой почве у него даже было столкновение с Рейером, обвинявшим профессоров-хирургов Академии в отсталости. Но если Богдановский, несмотря на все свои заслуги, не следовал учению Листера, это не может служить причиной исторической несправедливости по отношению к Пелехину. В пояснение отношения Богдановского не могу не заметить, что далеко не все хирурги всего мира сразу признали значение листеровского переворота. Не признал его к сожалению и Богдановский.

ГЛАВА VII.

Хирургические Общества.

Первое хирургическое общество в России возникло в 1873 г. в Москве под названием „Хирургического Общества в Москве". Пироговский „ферейн" в Петербурге, во времена профессуры Пирогова, на котором он буквально сыпал докладами, нельзя всетаки считать родоначальником „хирургического" общества, ибо в состав „ферейна" входили представители всех специальностей, конечно, медицинских. Это был скорей кружок врачей и профессоров, группировавшихся около Пирогова.

Чтобы оценить историческое значение „Хирургического Общества в Москве", позволю себе привести историческую справку из речи проф. П. И. Дьяконова, произнесенной им на 25-ти летнем юбилее Общества (*Летопись Хирург. Общества в Москве*, 1898 *г., зас. 2-го октября*).

До 1873 года „во всей России существовало 28 ученых медицинских общества, и между ними не было ни одного, исключительно посвященного какойлибо одной отрасли врачебных знаний. У нас в Москве было только 2 общества, и доныне с честью работающих на научном поприще; я говорю о старейшем из всех русских врачебных обществ — „физико-медицинском", состоящем при император. Московском университете, и об „обществе русских врачей". Притом не только в России, но и во всей Европе существовало только одно хирургическое общество („Société de Chirurgie à Paris"), основанное в 1853 г., и

не встретившее при своем основании сочувствия ни среди врачей, даже хирургов, ни в печати. Немного раньше нашего, почти одновременно с ним, а именно в 1871 г., образовалось „Deutsche Gesellschaft für Chirurgie“, но это было не общество в том смысле, как мы это обыкновенно понимаем, а—то, что мы называем врачебными съездами, ибо деятельность нового общества выражалась лишь в однократных ежегодных собраниях немецких хирургов в Берлине... Прочие хирургические общества образовались позднее нашего; так Русское Хирург. Общество Н. И. Пирогова в С.-Петербурге образовалось в 1881 г. Еще позднее, а именно в 1886 г. основано было „Freie Vereniging der Chirurgen Berlins“ и съезды французских хирургов; „Société Belge de Chirurgie“ основано в Брюсселе всего в 1892 г. Наконец, в 1896 г. возникло в Москве 2-е хирург. общество—„Общество Русских Хирургов“. (стр. 89). „Из сказанного видно“, заключает Дьяконов: „что наше Общество по времени своего возникновения является вторым (после Парижского) хирургическим обществом“.

„Члены учредители Общества, в количестве 22 человек, были следующие. Я вам назову их“, говорит в своей речи ветеран общества д-р Стуковенков: „в том порядке, как они обозначены Костаревым в первом выпуске „Летописи Хирург. Общества“:

Костарев, Марконет, Стуковенков. Маклаков, Новацкий, Браун, Медведев, Клин, Мансуров, Гааг, Матюшенков, Воронцовский, Редлих, Савостицкий, Заборовский, Соборов, Горячев, Тяжелов, Кадников Ушаков. Александровский. Синицин“ (стр. 92).

„В числе этих лиц были врачи больниц, и врачи не служащие, и гражданские, и военные, и представители университета. Поэтому. основание Общества было делом не кружка, не партии врачей, но оно было делом всего медицинского сословия Москвы“ (*Стуковенков. Жизнь Хирург. Общества в Москве за ис-*

текшие 25 лет. Летопись Хирург. Общест. 1898 г. стр. 92).

Стуковенков, на которого я ссылаюсь сейчас, был одним из основателей Общества. О возникновении Общества он повествует так:

„Желание основать новое отдельное Общество поддерживалось вероятно тем обстоятельством. что некоторые из членов возникшего Общества, в их числе Костарев и Маклаков, состоявшие членами почтенного Общества Русских Врачей, не были, по своим мыслям, удовлетворены этим Обществом“ (стр. 92).

Среди членов учредителей общества был ряд видных хирургов Москвы—Костарев, Гааг, Новацкий, Стуковенков. Синицин, и др. Но центральной фигурой организации „Хирургического Общества в Москве“ являлся К о с т а р е в. Он представляет собой удивительно интересную историческую личность, которая в короткий срок сорганизовала новое Общество, но которая сразу внесла в него и некоторый раскол. Такой факт, как создание первого хирург. общества в России, второго по времени в Европе, заставляет невольно отнестись с большим вниманием к характеристике Костарева. Начну эту характеристику со слов Стуковенкова, современника Костарева и сочлена учредителя.

„Теперь, когда уже давно нету на свете этого памятного нам человека—его личность и деятельность представляются мне в надлежащем понимании. Оставив свою хирургическую деятельность в Старой Екатерининской больнице, где он служил старшим врачем, ушедший от общественной и товарищеской деятельности в Обществе Русских Врачей, он, со своим самолюбием и постоянно работавшей головой. не мог оставаться без дела. искал создать себе дело и создал Хирургическое Общество. С. И. мечтал об учреждении идеального Общества. и ему казалось, что он достиг этого, и создал грандиозное дело. Все его помыслы и желания остановились на Хирург. Обществе. Как влюбленный человек думает постоянно о

своем предмете и становится мнительным и подозрительным, так был и С. И. по отношению к Обществу. Поэтому, недоразумения, возникавшие в первые годы существования Общества, и нарушавшие его покой, не могут лежать укором на его памяти. Обладая независимыми средствами, он отрешился от деятельной активной жизни; он погрузился в умозрительную жизнь, он сделался философом. Он не гонялся за отдельными фактами, он стремился к уяснению себе и разрешению общих вопросов. Таков он был в нашем Обществе, таков он был и вне Общества".

В словах Стуковенкова слышится оправдание человека, в чем то как будто виновного. История должна быть справедлива, история должна оценивать беспристрастно. Создание первого хирургического Общества в России есть такая заслуга, ради которой многое может быть человеку прощено, но интересно знать, в чем дело, что были за недоразумения и почему они омрачали первые годы молодого хирургического Общества? Для решения этих вопросов надо обратиться к первоисточнику. Из слов Стуковенкова уже можно было усмотреть, что Костарев ушел из Общества Русских Врачей с задетым самолюбием и начал создавать Хирургическое Общество. Из рассмотрения первоисточников нельзя не видеть, что Костарев представлял собой человека с повышенным самолюбием, человека страстного. Нервный, вспыльчивый, самолюбивый, он представлял собой тип боевого характера, задорного характера. Его речь при открытии Общества (*Летопись Хир. Общества*, т. 1, 1876 г. стр. 2) полна полемических выходок против Русского Общества Врачей. Речь эта, однако, чрезвычайно исторически интересна, т. к. она дает историю возникновения Хирургического Общества целиком.

„История возникновения нашего Общества", говорит Костарев: „в сущности замечательно коротка, если принять за окончание деятельного ее периода время представления проекта устава начальнику губернии для ходатайства об утверждении его мини

стром: это произошло, как известно, 13 декабря прошлого 1872 г. Высокочтимые сочлены припомнят, что в течение трех дней, предшествовавших 2-ому декабря прошедшего года, все мы дали свое согласие участвовать в основании Общества и все были приглашены собраться в этот день к Г. Ө. Марконету для обсуждения самого проекта устава. Если к этому времени прибавить предыдущую неделю для начертания главных оснований проекта, то это будет почти точное обозначение времени начала возникновения Московского Хирургического Общества (хотя потребность в новом учено-медицинском обществе ощущалась давно, и многими).

Следующая затем неделя, от 2 до 9 декабря, мм.гг., представляет бесспорно самую блестящую эпоху до сегодняшней жизни нашего Общества. В самом деле, в продолжении одной недели, в четырех, весьма продолжительных правда, заседаниях, мы успели самым подробным образом разобрать и обсудить каждый параграф, чуть не каждое слово нашего устава. Между нами едва ли найдется хотя один, который бы не принимал, насколько мог, деятельного участия в прениях по поводу устава. Мы можем сказать ныне по совести, что устав нами в ы р а б о т а н". (стр. 3). „Но эта знаменитая н е д е л я ч е т ы р е х з а с е д а н и й так богата событиями, что я прошу вас извинить меня, если невольно увлекаясь, совсем не щажу вашей скромности". (стр. 4).

Только удивительному энтузиазму Костарева нужно приписать то обстоятельство, что Общество сорганизовалось в одну неделю, „неделю четырех заседаний". Поводом для возникновения „Хирург. Общества в Москве" послужил, нужно думать, конфликт, разыгравшийся в „Русском Обществе врачей". В чем заключался этот конфликт, меня мало интересует. Для истории возникновения Хирургического Общества гораздо важнее те причины, которые в конце концов родили Хирургическое Общество. Сам Костырев, и вместе с ним Стуковенков, признают, что потребность в новом, именно хирургическом обществе, давно назрела, что возникновение Общества не есть дело рук одного человека, не есть дело кучки врачей, а всего меди-

цинского, вернее говоря, преимущественно хирургического мира Москвы. Если бы это было не так, если бы Хирургическое Общество явилось результатом только какого-то конфликта, случайно спаявшего несколько протестантов, то Общество через короткий промежуток времени приказало бы долго жить. Между тем „Хирург. Общество в Москве" не только не погибло, но быстро развивалось.

Чтобы судить о причинах возникновения Хирургического Общества, для этого считаю нужным привести целиком то приглашение, которое разослано было членам-учредителям. Костырев приводит его в своей речи в примечании, как документ, всем в то время хорошо известный. Едва ли можно сомневаться в том, что этот „исторический документ" написан рукой самого Костарева. Тем он интереснее. Во всяком случае „приглашение" характеризует уровень стремлений, пониманий хирургов Москвы начала 70-х годов 19-го столетия. Вот это приглашение:

„Ввиду современного направления врачебной науки, в котором хирургия все более и более приобретает почву, захватывая в свою область один за другим важнейшие отделы так называемых внутренних болезней; ввиду тех решительных преимуществ, которые представляет современная хирургия, как для исследования и наблюдения патологических процессов, так и для лечения оных; ввиду все большего и большего распространения вполне рациональных местных способов лечения болезней вообще, за которыми конечно все будущее нашей науки, ввиду того, наконец, что в нашем отечестве хирургия всегда разрабатывалась с особенною любовью и тщанием, и хирурги русские давно сумели занять почетное место в среде ученых Европы;—ввиду всего этого, некоторые товарищи, доктора медицины, нашли благовременным основать в нашей столице „Московское Хирургическое Общество" с целию не только следить за указанным выше чисто хирургическим направлением современной науки; но и по мере сил своих и способствовать этому направлению, содействуя разрешению важнейших сюда относящихся вопросов.

Предлагаемое Общество будет хирургическим не в тесном смысле этого слова, т. е. не будет при своих занятиях ограничиваться вопросами, чисто хирургическими; но с одинаковым интересом будет заниматься всеми отраслями медицинской науки, насколько они стоят в связи с хирургиею или составляют ее основание. Так, кроме хирургических вопросов, в занятиях Общества займут видное место все вопросы: по гинекологии, офтальмологии, по гортанным и ушным болезням, по дерматологии и сифилису.

В самом непродолжительном времени члены-учредители будут уведомлены о месте, дне и часе собрания для окончательного обсуждения проекта устава Общества, до представления его на утверждение г. министра внутренних дел. Москва. 1872 г.

Документ, приведенный только что, доказует, что хирургия в Москве в конце 70-ых годов прошлого столетия стояла на большой высоте. Хирурги широко понимали свои задачи, смело и справедливо заявляли, что русская хирургия уже давно заняла почетное место в Европе. Московские хирурги стремились вперед и организовали хирургическое общество тогда, когда, как доказал проф. Дьяконов, хирургических обществ не было почти нигде в Европе, кроме Франции.

Если приглашение характеризует понятия и стремления нового Общества, то речь Костарева дает сведения, правда, полемического характера о других московских медицинских обществах.

„Кроме вышесказанного, необходимость нового Общества была мотивирована еще тем, что из существующих в настоящее время у нас медицинских обществ, у одних слишком ясно выразилось чисто практическое и благотворительное направление, в прямой ущерб ученым занятиям; у других (вследствие обременения вероятно другими занятиями), едва остается достаточно времени для выслушивания медицинских сообщений. При этом невольно отстраняя или ограничивая ученые прения в заседаниях, конечно, упускается из виду самая существенная цель всякого ученого общества, т. е. непосредственный обмен мыслей, поддерживающий ту живую, органи-

ческую связь между членами, без которой невозможна никакая совместная разработка вопросов, никакое ученое предприятие; ибо в этой связи между членами заключается вся внутренняя сила общества, этот залог его будущего преуспеяния". (стр. 7).

С принципиальной точки зрения Костарев, конечно, совершенно прав: без прений немыслимо существование общества. История развитий ученых обществ вообще, хирургических в частности, однако, показала, что прения прениям рознь: иногда прения до того затягиваются, когда в прениях выступают любители, так сказать, прений, что волей-неволей прения приходится сокращать, некоторых ораторов урезывать. Таким образом, упрек, брошенный Костаревым по отношению к другим медицинским обществам Москвы не следует принимать буквально. Нельзя не помнить, что Костарев был человек вспыльчивый, самолюбивый, даже, может быть, ложно-самолюбивый и ограничение прений мог характеризовать, как уклонение от них. До какой степени Костарев был страстен, показывает первый период деятельности Общества.

Председателем Общества был избран почтенный хирург И. П. Матюшенков. Он сразу начал ходатайствовать о том, чтобы Общество было присоединено к университету. Первые заседания Общества происходили в анатомическом театре. Костарев немедленно поднял вопрос о перенесении заседаний из анатомического театра в другое место, исходя из соображений возможности „занести заразу больным". „Костарев выразил мнение, что лучше отложить на некоторое время заседания, нежели прямо стать в такое противоречие с современным состоянием науки". „Общество на предложенный вопрос об отмене заседаний впредь до приискания более удобного помещения большинством голосов ответило отрицательно" (стр. 28). После этого „Гааг обращает внимание Общества на передовую статью № 12 „Московской Ме-

дицинской Газеты". По его мнению, корреспонденция Московских Ведомостей, которая вызвала передовую статью органа Русских Врачей, действительно бросает тень на Хирургическое Общество, ибо в ней говорится, что автор исторической записки (Костарев) в возникновении нашего Общества мотивирует это возникновение соображениями оскорбительным для других обществ, что и было причиной появления оскорбительной для нашего Общества статьи. Московская Медицинская Газета, как бы то ни было, есть все-таки орган общественного мнения. Гааг полагает, что Обществу следует заявить, что оно вовсе не солидарно с автором исторической записки по вопросам, до устава не касающимся, и на него одного возлагает ответственность за оную" (стр. 28).

Костарев, весь увлеченный только что развивавшимся учением о хирургических инфекциях, был по своему прав, желая во что-бы то ни стало устраивать собрания Общества вдалеке от анатомического театра. Общество-же не убежденное еще в правоте учения об инфекциях, не видя кроме того той опасности, о которой говорил Костарев, считая его мнение „несколько преувеличенным", отклоняет предложение. Рядом с этим возникает щекотливое дело как результат вступительной речи Костарева. Очень характерна его реплика Гаагу. Приведу из этой реплики наиболее существенное:

„1) Статья Моск. Медиц. Газеты, которою, по мнению Θ. Е. Гаага, следует обидеться Обществу, действительно во всех отношениях позорная статья, но только не для нашего Общества. Автор статьи не только засвидетельствовал печатно свое личное невежество в современной науке; но, поместив статью свою без подписи, передовою в газете, издаваемой Обществом Русских Врачей в Москве, несомненно бросает невыгодную тень и на это почтенное Общество. Оставляя уже в стороне массу ошибок, как грамматических, так и логических, равно как и чистую заведомую неправду, которыми переполнена статья,—укажу только на то обстоятельство, что автор статьи не только не видит

никакой обиды в мотивировке возникновения Хирург. Общества (как думает Ѳ. Е. Гааг), но ухватывается за такой довод и отказывается даже понимать, какую пользу может принести медицинское общество без лечебницы и без того, чтобы не способствовать практике врачей и т. д... словом, статья эта, по моему мнению, служа сама себе лучшим ответом, может вызывать лишь сожаления, ибо по месту своего появления служит выражением замечательно низкого уровня нашей науки в столице. Своим появлением на свет она доказует, что возникновение в Москве медицинского Общества с чисто учеными стремлениями не только благовременно, но и абсолютно необходимо. 2) Что же касается до предложения Обществу заявить свою несолидарность с мнением автора исторической записки, то оставляя в стороне некоторую неделикатность самого предложения, я позволю себе напомнить почтенному сочлену, что обидный по его мнению довод высказан был на первом собрании учредителей не мною и во всяком случае я могу отвечать только за верность исторического факта, который, как казалось, не может быть подвергнут, как таковой, ни малейшему сомнению" (стр. 29) и т. д.

В своей реплике Гаагу Костарев говорит прямо то, что думает. С исторической точки зрения важно здесь заверение, что невыгодное мнение об „Обществе Русских Врачей" было не только у Костарева, но и у других членов учредителей. Они стремились создать чисто ученое Общество. Что в данном случае Костарев был прав, удостоверяется постановлением Общества после обмена мнений по щекотливому вопросу: „не входить ни в какую полемику по поводу означенных статей".

Прямолинейный, резкий, исключительно самолюбивый и с большим самомнением Костарев, благодаря этим качествам, быстро внес разлад в среду Общества. В кратких словах дело обстояло следующим образом.

Костарев был вторым секретарем Общества. Первым секретарем был Марконет. На заседании 4-го

декабря 1873 г. Марконет присутствовать не мог: секретарствовал Костарев. После заседания он, за подписью семи членов, Общества, представил записку председателю Матюшенкову с просьбой назначить заседание на 18-ое декабря. Матюшенков согласился, но затем Марконет сообщил Матюшенкову, что это будет не удобно. Матюшенков заседание отменил, но Костарев, вопреки отмене, о чем знал, таковое все-таки назначил. Не стоит приводить всех деталей происшедшего инцидента. В результате Матюшенков вышел как из председателей, так и из учредителей Общества.

Может быть, самолюбивый Костарев сам стремился занять председательское кресло, а потому вносил разлад. Вернее, Костарев стремился как можно скорей собрать заседание, чтобы приступить к прениям по сделанному им докладу. Этот доклад имеет несомненное историческое значение; он был первым докладом в новом хирургическом Обществе. К нему я еще вернусь, а пока вынужден сказать несколько слов по поводу устава Общества, сосредоточив внимание на § 6, который вызывал возражения во время жизни Общества, который послужил впоследствие причиной откола от него „Общества Русских Хирургов“ в 1896 г. (речь Дьяконова). § 6 устава „Хирургического Общества в Москве“ гласит так:

„Членами Общества могут быть только врачи, имеющие степень доктора медицины и получившие оную в одном из русских университетов или в медико-хирургической Академии.

Примечание. Правило это не распространяется на иностранных членов-корреспондентов Общества“.

„Вы употребили“, говорит в своей вступительной речи Костарев: „всю свою опытность, всю прозорливость на то, чтобы обеспечить по возможности и в будущем известный уровень образования и научной подготовки членов, при которой вернее могло бы сохраниться серьезное, на твердой научной почве

держащееся направление Общества. Так, вы прямо постановили, чтобы членами Хирургического Общества были только врачи, имеющие ученую степень Доктора Медицины“ (стр. 7).

„Мы убеждены“, продолжает он несколько далее: „на понятных логических основаниях, что процент лиц, желательных и полезных для целей нашего Общества, несравненно выше между докторами медицины, нежели между врачами, не получившими еще этой ученой степени; что составляя огромное большинство между первыми, число таких лиц между последними ограничивается лишь отдельными личностями. И если мы таким образом действительно лишаем себя на время одного-другого врача этой категории, то вместе с тем (мы твердо убеждены в этом) мы навсегда устраняем возможность образования в нашем Обществе большинства из лиц ненаучного направления, которое бы могло, само м. б. не замечая, идти прямо наперекор тем возвышенным целям, для достижения которых собственно и составилось наше Общество“ (стр. 8).

§ 6 Общества таким образом сразу создал, так сказать, общество научно-практической хирургической аристократии. Из слов Костарева видно, что цель аристократизма была возвышенная—обеспечить навсегда научную физиономию Общества. Несмотря на это, § 6 нужно считать исторической ошибкой, ибо, благодаря ему, из Общества, из членов Общества сразу выбрасывается вся молодежь, которая научно работает, которая охотно делает доклады в научных обществах и которая естественно стремится в активные члены общества.

Я окончил воен.-медицин. Академию в ноябре 1896 г. В феврале или марте 1897 г. я сделал первый доклад в „Русском Хирургическом Обществе Пирогова“ в Петербурге и на следующем же заседании был избран членом Общества. Должен сознаться, что это избрание было чрезвычайно приятно и лестно. Оно не только не мешает, но поощряет молодого человека к дальнейшим занятиям § 7 уста-

ва Русского Хирургического Общества Пирогова, гласящий о членах, построен иначе: „действительным членом Общества может быть всякий врач, имеющий право практики в России“. Принцип широкого привлечения в общество врачей продуктивнее ограничительных мероприятий. Как раз привлечение молодых ученых сил придает обществу жизненность и устойчивость в будущем. При таких условиях, Общество воспитывает молодых хирургов, развивает их, приучает их внимательно относиться к самим себе и к старшим представителям науки. В Хирургическое Общество в Петербурге постоянно вливалось большое количество молодых ученых сил; и нужно правду сказать, что Общество от этого только выигрывало: молодежь не только работала и знакомила Общество с результатами своих работ, но молодежь заинтересовывалась судьбами Общества. А это имеет большое значение для жизни Общества.

Стуковенков в своей речи по поводу 25-ти летия Московского Общества, излагая историю его развития, излагая историю вхождения в его члены крупнейших хирургов Москвы, наконец, сообщает следующее:

„Тяготение к нашему Обществу особенно наглядно выразилось, когда 26-го октября 1894 г. 40 врачей подали Обществу письменное заявление о своем желании вступить в действительные члены Общества, для чего ходатайствовали об уничтожении § 6 устава. Это ходатайство, поддержанное московской медицинской прессой, в заседании 9-го ноября 1894 г., было отклонено. Особенно горячо восставал против изменения 6 § устава покойный проф. Маклаков, представивший Обществу, в заседании его 7 дек. 1894 г., подробную по этому поводу записку. Он в ней высказывал следующее—„всякое ученое общество есть общество кооперативное и, при возникновении своем, ставит определенные условия во главу устава, приглашая всех желающих принять участие в делах общества, подчиниться этим условиям. Точно также и для Хирургического Общества в Москве существуют основные условия: степень доктора медицины, обязанность делать ученые сообщения, высо-

кий членский взнос и необходимость каждому, желающему вступить в члены Общества, пройти предварительно через комиссию кандидатную. Кому не нравятся эти условия, тот и не будет принимать участия во внутренних делах Общества; в занятиях же Общества никому не запрещено принимать участие, и всякий может в заседаниях, которые по уставу все публичные, делать доклады, принимать участие в прениях и т. д. Мысль об отмене 6 § устава не раз возникала и в среде членов Общества в тяжелые эпохи его жизни, но всякий раз мысль эта отвергалась" (стр. 104).

Таким образом, § 6 Общества повлек за собой протест со стороны молодых хирургов. Так как Общество отклонило ходатайство об уничтожении пресловутого §, то „врачи, подписавшие вышесказанное заявление, образовали отдельное „Общество Русских Хирургов" в Москве, открывшееся 21 сентября 1896 г. Инициатор его и настоящий его председатель, уважаемый Аркадий Павлович Левицкий, горячо приветствовал основание своего Общества своей красноречивой и образной речью, сказанной с большим ораторским талантом" (*Стуковенков, стр. 106*).

Таким образом, в Москве образовалось 2 хирургических Общества. В 1881 г. в С.-Петербурге было основано „Русское Хирургическое Общество Пирогова". В 1906 г. оно праздновало свой 25-ти летний юбилей. Исторический очерк деятельности Общества за 25 лет составлен проф. Н. Н. Петровым. Вот что он пишет:

„В основу устава, выработанного учредителями Общества и одобренного Пироговым, положен принцип свободного доступа в члены Общества для всех врачей, интересующихся хирургией, независимо от их национальности, местожительства и ученой степени; двадцатипятилетний опыт Общества показывает, что принцип этот правилен; он оставлен незыблемым в только что выработанном новом уставе Общества. Хирургия, как и вся медицина, не только наука

что прежде всего общечеловеческое практическое дело; успеху его не могут способствовать искусственные перегородки между самостоятельными работниками, и аристократизм диплома далеко не всегда совпадает с аристократизмом научности и практической деятельности" (*Петров. Очерк деятельности Русск. Хирург. Общества Пирогова за 25 лет. 1907 г., стр. 4*)

Если мы сравним два миросозерцания: Петрова с одной стороны, высказывающегося, так сказать, за демократизм, и Костарева—Маклакова, с другой, утверждающих основание аристократизма, если прибавим сюда откол московской хирургической молодежи и объединение ее в „Общество Русских Хирургов", то спокойно можем пожалеть, что старшее и глубоко уважаемое Хирургическое Общество в Москве не пошло в 1894 г. на уступку, которая бы обеспечила ему еще более уверенное и быстрое процветание.

История возникновения Русского Хирургического Общества Пирогова такова:

„быстрыми шагами приближался юбилей нашего знаменитого хирурга Н. И. Пирогова: наступил уже январь 1881 г., никто и не думал об основании нашего Общества. Академик Павел Парфенович Заблоцкий-Десятовский был тогда уже серьезно болен и на мою долю пала честь пишет Эберман: „пользовать моего учителя. В вечерние беседы с ним мы часто говаривали об уважаемом нами Н. Ив., о предстоящем его юбилее, о душевном нашем желании выразить ему не только словом, но и делом наше к нему уважение. В конце января, не помню которого числа, во время вечернего моего посещения Павла Парфеновича, сообщил я ему давно уже таящуюся мысль об устройстве Хирургического Общества в Петербурге и предложил проф. Заблоцкому принять участие в учреждении такового в память Н. Ив. Пирогова. С этой самой минуты Пав. Парфен., с жаром ухватившись за эту мысль, не давал мне покоя до тех пор, пока я не принес ему черновой, мною составленный, устав Общества. Собственноруч

ные заметки Павла Парфеновича и теперь еще красуются на написанном моею рукою проекте устава. Проф. Заблоцкий сообщил о нашем предприятии в медицинском совете, и к нам с радостью примкнули в число учредителей Θ. Я. Карель, Н. Θ. Здекауер, Л. Θ. Фробен, Я. Я. Шмидт и др. Почтенный, заслуженный профессор хирургии Киевского университета В. А. Караваев, и проф. хирургии Московского университета Н. В. Склифоссовский, лишь только узнали об учреждении Общества в память Пирогова, прислали ко мне письма о желании принять участие в учреждении оного. Просмотренный членами учредителями устав был послан членом же учредителем А. Л. Обермиллером, учеником и другом Н. Ив. Пирогова, в с. Вишни на рассмотрение самому Пирогову. Вот ответ его на письмо А. Л. Обермиллера.

„С. Вишни, апреля, 21-го 1881 г.

Благодарю Вас от души, многоуважаемый Александр Леонтьевич и прошу Вас передать мою искреннюю благодарность друзьям, почтившим меня таким почетным предложением. В уставе я не нахожу ничего требующего изменения. Девиз (девиз медали) можете сами выбрать; я же предлагаю „Гиппократов: „Judicium difficile, experientia fallax“.

Мая 12-го, т. е. ровно за 12 дней до празднования юбилея Н. Ив. Пирогова в Москве, собрались у Л. Θ. Фробена учредители Общества для окончательного обсуждения устава, который и поручено было при прошении, за подписью проф. Заблоцкого и моею, передать в медицинский совет. А. Эберман“ (*Протоколы и труды Русск. Хирург. Общ. Пирогова, за 1882 и 1883 г. г., стр. 3*).

Пирогов незадолго до своей смерти был удовлетворен: в Петербурге, где протекли его профессорские годы, возникло Общество хирургов его имени. Идея Эбермана, поддержанная проф. Заблоцким, а затем рядом других лиц, идея, конечно, нашедшая себе сочувствие как со стороны Караваева, так и Склифоссовского, дала блестящий результат.

Первое заседание Общества состоялось 25-го апреля 1882 г. Оно открылось речью Эбермана. Эта

речь имеет исторический интерес, почему из нее я также приведу выдержки:

„Первое Общество, носящее название „Хирургическое Общество в Москве“, по смыслу его устава, принадлежит только ограниченному кружку врачей первопрестольной столицы: не живущие в Москве могут быть или почетными членами Общества, число их ограничено только 10-ью, или членами-корреспондентами. Вообще прием в члены стеснен строгими условиями. Ныне нами открываемое Общество принадлежит всей России, мало того, всему земному шару. Мы не желали стеснять выборы уже потому, что Н. И. Пирогов хотя и был истинно Русским, но как человек великий был в то же время достоянием всего ученого мира. Устав, написанный учредителями первого хирургического общества, хотя и достоин уважения по своему моральному принципу, но он стеснителен для многих врачей, желающих поступить в оное; наш же устав написан в самом широком смысле. Цель его сделать Общество доступным всякому врачу, даже самых отдаленных уголков России, сделать его доступным не одним Русским, но даже иностранцам“ (стр. 5).

Первым председателем был избран профессор Заблоцкий. Однако, он так и не приступил к председательствованию, т. к. скончался. Его место было замещено товарищем председателя д-ром Каде.

Рядом с учреждением Общества у Эбермана родилась мысль о приобретении Обществом собственного дома. Последняя идея несколько видоизменилась и превратилась в идею об устройстве „музея Пирогова“. Идея о создании музея принадлежит кружку членов Общества, возглавляемого проф. В. А. Ратимовым. Общество поддерживало идею. Состав президиума Общества был тогда таков: председатель— проф. Ратимов, товарищ председателя— П. Я. Мультановский, казначей—А. А. Троянов, библиотекарь—А. А. Кадьян, секретарь С. В Владиславлев. В президиуме была

сосредоточена вся сила тогдашней петербургской хирургии. Проф. Ратимов занимал кафедру госпитальной хирургической клиники в военно-медицинской Академии, Мультановский был консультантом Николаевского военного госпиталя, Троянов—заведывал хирургическим отделением Обуховской больницы. Кадьян—впоследствие профессор госпитальной хирургической клиники Женских Медицинских Курсов. Владиславлев—известный редактор Русского Врача При том же самом президиуме, который несменяемо оставался 5 лет—при чем только, за смертью Мультановского, товарищем-председателя сделался В. Н. Зененко—26-го октября 1897 г. состоялось торжественное открытие „Музея Пирогова“.

Я рассмотрел историю возникновения хирургических обществ в России—их оказалось три. В настоящий момент я умышленно не упоминаю о „хирургических съездах“, ибо этому вопросу посвящу специальную главу. Съезды хирургов увенчали собой могучее здание русской хирургии. Они заслуживают особого внимания, отдельного исследования. Теперь я должен перейти к оценке научной деятельности хирургических обществ. Сознаюсь, что это—задача почти неосуществимая. Придется ограничиться сравнительно очень немногим. Начну я конечно. с первого доклада на первом заседании первого хирургического Общества, а именно с доклада д-ра Костарева. Доклад говорит „о способах перевязки ран“.

Говоря о способе Guerin высасывания из ампутационной раны воздуха при помощи особого высасывающего, т. е. разрежающего воздух аппарата (appareil á succion continue), говоря о способе Burow'a старшего—об открытом лечении ран, Костарев уделяет внимание и способу Листера.

„Почти одновременно“, говорит Костарев: „с только что упомянутыми двумя способами перевязки ран

Листер (в Глазгове) предложил свой особенный способ перевязки, известный всем под его именем. Своею методическою дезинфекциею перевязки, направленною против плавающих в воздухе организованных примесей,—он повидимому всего лучше удовлетворяет современным воззрениям. Листер, как известно, совсем не допускает в рану воздуха, не дезинфецируя его во время самой перевязки постоянною пульверизациею раствора карболовой кислоты" (стр. 34).

Я нарочно привел слова Костарева о способе Листера. Его доклад был сделан 4-го декабря 1873 г.; на заседании присутствовал между прочим проф. Новацкий. Костарев говорит о способе Листера, как „всем известном". Во всяком случае, московские хирурги знали о способе Листера раньше Рейера, который, по Вельяминову, как раз в 1873 г. только ездил учиться этому способу. Московские хирурги этот способ уже обсуждали. Само собой разумеется, знал об этом способе и проф. Новацкий, хотя, как мы видели, Вельяминов подвергает это сомнению. Вельяминов кончил Московский факультет в 1877 г., а Костарев разбирал между прочим при Новацком „известный всем способ" перевязки Листера в 1873 г. Отсюда совершенно очевидно, что Новацкий, как и Богдановский, как и многие другие хирурги, не усматривали в листеровской антисептике переворота, не пришли еще к убеждению о величайшем открытии, о том грядущем изменении всего хирургического строя, который усмотрел из способа Листера проф. Пелехин. Интересно, что такой новатор, такой талантливый и образованный человек, как Костарев, понимая значение листеровской антисептики, все-таки предпочитал ей свой способ. „Относительно способа Листера", говорит он: „должно заметить, что все теоретические соображения говорят в пользу его... В некоторых случаях вскрытия глубоких нарывов я употреблял перевязку Листера с большою пользою для больных; в большинстве же случаев я вынужден был от нее отказаться. Я полагаю, что в настоящее время еще чрез-

вычайно трудно ввести этот способ во всеобщее употребление" (стр. 41). Из прений по докладу Костарева вытекает, что во времена студенчества Вельяминова, в Москве некоторые хирурги уже прибегали к листеровской антисептике и видели ее пользу. Поднимался вопрос, можно ли ее ввести во всеобщее употребление?

Я останавливаюсь на этом историческом факте, ибо авторитет Вельяминова наводит некоторую тень на московских хирургов, обвиняя их в недостаточной осведомленности, в отсталости, а между тем вопрос решается совсем иначе. Вельяминову-студенту могли быть неизвестны последние хирургические новинки, еще не принятые к общему руководству, еще обсуждавшиеся и вызывавшие прения. Но профессору Новацкому, вместе с ним и проф. Басову, эти новинки были известны. Старики-профессора к ним прислушивались, присматривались, на них, может быть, косились, и сами ими еще не пользовались, в пользе их еще не убедились, идеями Листера еще не прониклись.

Страннее то, что Костарев, отлично понявший значение листеровской антисептики, все-таки предпочитает ей открытый способ лечения, считая его своим. Он поступал так: „культю оставлял без перевязки, а сосуд, подставляемый обыкновенно для стока отделяемого, наполнял дезинфецирующею жидкостью (всего чаще раствором марганцево-кислого кали, или иногда—карболовой кислотой)". В прениях по поводу своего доклада Костарев предлагал „ныне же объявить торжественно и публично, что способ лечения поранений без перевязки есть единственный, который должен быть принят повсюду за общее правило" (стр. 81). Наконец, он „позволил себе предложить Обществу теперь же принять и ввести в употребление в больницах открытый способ лечения ран. Прибавлю только одно", продолжал он: „что вопрос в настоящее время так ясен для меня, и будущность предлагаемого спо-

соба так несомненна, что можно наверное сказать, что если мы теперь (и первые в Европе) не примем этого способа лечения за общее правило в больницах, то через каких-нибудь два-три года (много через 5 лет) нас заставят принять его. Нельзя сомневаться в том, что те, которые примут его, будут впереди; а которые не захотят принять, останутся позади“ (стр. 83).

Пелехин в Петербурге пропагандировал способ Листера, убеждая всех принять его, пока он еще почти нигде не принят; Костарев в Москве, отдавая должную дань способу Листера, увлекал всех на путь открытого лечения ран, суля оказаться впереди Европы. Оба они—и Пелехин, и Костарев—натуры, сильно увлекающиеся, но Пелехин лучше разгадал направление будущего. Касательно открытого, „аэрационного“ способа лечения ран Костарева мы имеем компетентное суждение самого Пирогова.

„Доктор Костарев, в Москве, предложил именно такого рода новый способ, дав ему название аэрационного, хотя и не трудно было убедиться, что предложенное в этом новом изобретении сшивание краев раны и раненой части (культи и т. под.), без всякой покрышки, практиковалось уже целые десятки лет и прежде и в Петербурге, и в Новороссии, и, более или менее, везде. Никому, однакоже, не приходила оригинальная мысль видеть в этом способе какой-то якорь спасения для раненых и приписывать ему чудное свойство аэрационного герметизма.. Заслуга открытого способа, в первобытном его виде (Бурова), состояла, по крайней мере, в том, что он был обобщением исключений и подражанием тому, что делают животные со своими ранами.. Но неужели серьезным людям нужно тратить время на изобретение новых названий для общеизвестного в хирургии факта, о котором давно уже знали учителя наших учителей—о том, что вред от застоя, спертого в глубине ран, полостей и извилин воздуха, уничтожается, как скоро и вход, и выход его будут свободны... И вот, все что я нашел нового и практичного в изобретении д-ра Костарева, это—сетка, охраняющая культю от мух, пыли и неосторожных

прикосновений" (*Военно-врачебное дело. том 2. стр. 209–210*).

Итоги научной деятельности за 25 лет московского Хирургического Общества подведены проф. А. А. Бобровым (*Летопись Хир. Общ. в Москве*, 1898, стр. 11). Проф. Бобров перечисляет по десятилетиям наиболее выдающиеся доклады, сделанные в Обществе. В 70-х годах напр. был поставлен вопрос об овариотомиях „под впечатлением первых в Москве успешных случаев этой операции у проф. Новацкого и у Савостицкого" (стр. 114). В 80-х годах проф. Склифоссовский выступил с докладом „о радикальной операции паховой грыжи", а затем „о грыжах мозговых оболочек". Кни заговорил, на основании сделанной им операции, об гастростомии. Сарычев „сделал обстоятельное сообщение „об удалении рака прямой кишки". В 1887 г. Кни сообщил случай успешного иссечения саркоматозной опухоли на шее, при чем пришлось проникнуть в позвоночный канал и извлечь оттуда часть опухоли. Это был первый случай в Москве удаления опухоли из позвоночного канала". Сам проф. Бобров в 1887 г. предложил делать „при всяком значительном упадке деятельности сердца от хлороформа вливание под кожу или прямо в сосуды физиологического раствора соли" (стр. 116). Надо напомнить, что хирургия обязана Боброву как этим мероприятием, так и самим аппаратом для вливания (аппарат Боброва, всем конечно, известен). „Проф. Синицин говорил о результатах литотрипсии за 16 лет в мочеполовой клинике, и в 1894 г. демонстрировал Обществу 76 летнего больного, которому он еще в 1885 году произвел двухстороннее холощение по поводу увеличения предстательной железы и получил прекрасные результаты. Таким образом приоритет этой операции должен принадлежать всецело профессору Синицину" (стр. 119). Если сюда прибавить доклады из клиники проф. Дьяконова о

„мозговых грыжах", имеющие огромное научно-практическое значение и целый ряд других, то видно станет, что первое хирургическое Общество в России работало энергично и всегда стояло на высоте тех задач, которые были намечены его учредителями.

Перечня докладов, говорит Бобров: „вполне достаточно, чтобы сказать, в нашем Хирургическом Обществе была вся хирургия, начиная с головы с операций в полости черепа и кончая операциями на периферии конечностей. Преобладала полостная хирургия, и по ней представлено большое количество важного в научном отношении, материала. Вопросы патогенеза, диагностики и лечения шли всегда рука об руку" (стр. 120).

Характеристику 25-ти летней научной деятельности Русского Хирургического Общества Пирогова дал проф. Н. Н. Петров.

„В восьмидесятых годах 19-го столетия Общество имело в среднем по 8-9 заседаний в год", пишет *проф. Петров.* „В девяностых годах было в среднем по 18 в год, а в 1900-х годах— по 13-14 и более заседаний. Докладов и демонстраций было в восьмидесятых годах по 18 в год, в девяностых годах по 27 и 1900-ых свыше 40. Таким образом прогрессирующая энергия Общества в настоящее время несомненна" (стр. 5).

„Обозревая двадцатипятилетнюю научную деятельность нашего Общества", говорит проф. Петров: „выразившуюся в сообщениях и демонстрациях, происходивших на его заседаниях, мы найдем не мало ценных вкладов во все отрасли хирургической патологии и практической хирургии"... „Общее число докладов и демонстраций, сделанных в нашем Обществе, превышает 700".

„Выделить и оттенить в настоящем очерке наиболее выдающиеся сообщения, сделанные в Обществе за 25 лет, было бы задачей, крайне трудной и

щепетильной... Я позволю себе остановиться главным образом на коллективных проявлениях деятельности Общества, на наиболее интересных прениях, происходивших в наших заседаниях и в свое время способствовавших разностороннему освещению тех или других вопросов" (стр. 6). Считаю нелишним привести, *по Петрову*, наиболее интересное и важное, касающееся деятельности Общества.

„Некоторые из этих прений представляют в настоящее время немалый исторический интерес с точки зрения истории новейшего развития хирургии, в особенности — отечественной. К этой категории я отношу обмен мнений в Обществе о предпочтительности высокого или промежностного камнесечения (по докладам Макавеева 1883-84 и Эбермана 1885-86) и камнедробления (по докладу Фомина 1891-92); о костнопластической ампутации по способу Владимирова—Mikulicz'a — эти прения способствовали упрочению за операцией имени ее русского изобретателя (по докладу Монастырского 1885-86); о грыжевых и других внутренних ущемлениях (по докладам Кадьяна 1891-92 и 1892-93); о патогенезе эхинококковой болезни брюшной полости (по докладам Вельяминова 1893-94, Ратимова 1893-94 и Склифоссовского 1894-95); о стерилизации перевязочного материала (по докладу Рейха) об асептическом лечении ран (по докладу Бухмана); о лечении туберкулезных горбов по способу Calot (по докладам Ауэ и Субботина), о лечении острых воспалительных заболеваний застойной гиперемией—по докладу Томашевского, Арапова и Гейнрихсена; о военно-полевой хирургии (по докладам Вебера — опыт Трансвальской войны и Вредена — опыт Русско-Японской войны).

„Несомненное историческое значение для отечественной хирургии имеют заслушанные нашим Обществом сообщения об оперативном лечении разрывов печени в то время, когда операции на паренхиматозных органах считались еще единицами (Цейдлер), об оперативном удалении зоба во время ма

лого знакомства русских хирургов с этой операцией (Парийский из клиники Субботина), о спинно-мозговом обезболивании—когда этот метод, теперь столь широко распространенный, был еще terra incognita почти для всех европейских клиник (Зельдович из отделения Цейдлера). Наконец, на наших заседаниях был прочтен целый ряд докладов, касавшихся личности, научной и общественной деятельности Н. И. Пирогова и было резюмировано несколько статей самого Пирогова"... (стр. 6).

Не боясь ошибиться, я позволю себе утверждать", говорит проф. Петров: „что многие, если не все члены нашего Общества, присутствовавшие на его заседаниях, не раз уходили отсюда домой с новыми мыслями, новыми, более широкими взглядами и предположениями, порожденными обменом мнений в Об ществе. А такое именно научно-вдохновляющее, расширяющее кругозор влияние на своих членов составляет главную задачу всякого ученого общества. Удачным разрешением этой задачи мы вправе гордиться; благодаря ему интересы Общества нам ближе, а заседания его особенно-привлекательны" (стр. 7).

Я привел мнение двух авторитетных судей—проф. Боброва и проф. Петрова о значении двух хирургических обществ—Московского и Петербургского для русской хирургии. Нет никакой необходимости делать добавления: дело и без того ясно: каждое из обществ играло большую роль в развитии русской хирургии. Общество Русских Хирургов в Москве дополняло хирургический аккорд. На нем также делалось большое количество сообщений, велись оживленные дебаты.

В торжественный день празднования Хирургическим Обществом в Москве своего юбилея молодое „Общество Русских Хирургов" приветствовало старшую сестру адресом. Председатель последнего Левицкий говорил в конце своей речи так:

„25 лет тому назад, когда созидалось это Общество, темен и мрачен был горизонт русской хи-

рургии. Правда, на нем сияли отдельные звезды и среди них были звезды первой величины, но свет науки, все озаряющий, еще слабо светился и боролся с густым мраком незнания. Тогда-то, на заре пробуждения русской хирургической мысли, и возникло это Общество и содействовало этому пробуждению. С тех пор все крепла и мужала мысль русского хирурга, и широко разлилась хирургическая деятельность по лицу земли русской... Еще раз, товарищи, от имени Общества Русских Хирургов и лично от себя горячо, от души Вас поздравляю. Говорю теперь не прощайте, а до свидания там, где скоро должна собраться сильная, богатая знанием и опытом рать русских хирургов. До свидания на съездах русских хирургов" (стр. 139).

ГЛАВА VIII.

Хирургические журналы и их основатели.

Первый хирургический журнал появился в 1834 г. Его основателем и редактором был проф. Н. А. Вельяминов, в то время еще „младший врач армейского полка, но уже старший ассистент К. К. Рейера“. Отсюда видно, что хирургические журналы возникли в России сравнительно недавно—менее 40 лет тому назад. От общей медицинской прессы периодическая специально хирургическая литература отстала, по времени появления, почти на 100 лет, ибо первый обще-медицинский журнал под названием „С.-Петербургских Врачебных Ведомостей“ появился 2-го ноября 1792 г.

Прежде всего появление на свет и того и другого журнала сопровождалось большими затруднениями. Чтобы оценить эти последние, считаю нужным занести на страницы моего „Очерка“ как историю возникновения „С.-Петербургских Врачебных Ведомостей“, так и „Хирургического Вестника“. О первом буду говорить словами Я. Чистовича, о втором—словами самого Вельяминова.

„Первая мысль о периодическом издании принадлежала медицинской коллегии и вошла в инструкцию коллегии. А именно, в 9 и 10 пунктах этой инструкции сказано, „чтобы каждый из докторов и лекарей повседневного своего врачевания журнал у себя вел и описывал метод, каким он кого и в какой, а особливо хронической и экстраординарной, болезни лечил, и тот бы журнал в три месяца, или как назначат, в коллегию присылал. История медицинской

коллегии таким образом собираема из всей империи будет. и по разности климатов и пространству земель, много включать нового в откровении натуры для врачевания рода человеческого, а уповательно что и лекарства из произращений откроются новые. Коллегия из собрания таких журналов, негодное исключа, полезное издавать должна в печать на латинском языке особливою книгою, под именем „Записки докторов российских“, которые хотя для одних только докторов и физиков издаваться будут на всю Европу, и материя оных им одним вразумителна будет; однакожь экстрактом надобно прилагать притом и перевод на российский язык“. По духу времени, т. е. по ограничению тогдашней медицины практическою только ее стороною, материалами для этих „Записок“ назначались только экстраординарные практические случаи или медицинская казуистика. Это подтверждено и разъяснительным указом медицинской коллегии от 8 марта 1764 г., в котором сказано, что материалами для издания должны быть „примечания, присылаемые от российских врачей, которые, быв одобрены, внесутся в Российские медицинские комментарии и будут напечатаны по силе данной е. и. в. инструкции“. А что бы врачи не отказывались присылать свои „примечания“,—в инструкции коллегии сказано, что тот из них, кто пришлет более дельные „примечания“, или „обсервации“ получит высшее служебное место. Так действительно и бывало.

Итак необходимость медицинской журналистики была сознана, а вскоре коллегиею получены и материалы для издания „Записок“, сортировавшиеся ученым секретарем ее по классам, т. е. по их внутреннему содержанию и достоинству. Но несмотря на это сознание, издание „Записок“ долго не осуществлялось. Трудно решить, что останавливало коллегию, хотя многие из врачей того времени высказывали пользу и даже необходимость специального периодического издания. Между ними нашелся даже один, который решился издавать медицинский журнал своими собственными частными средствами: это был доктор и впоследствии профессор с.-петербургской медико-хирургической Академии Фридрих Уден (Fr. Uhden), человек обширного образования и большой энергии. От своего собственного имени, 5 июля 1792 г., подал он в медицинскую коллегию

прошение о дозволении издавать еженедельный журнал под названием „беседующие врачи или общеполезная врачебная переписка". При этом он представил в коллегию первый лист предположенного им издания, прося разрешения напечатать его. Но коллегия не позволила напечатать этот лист под тем предлогом, что „по рассмотрении коллегиею примечено некоторое в оном отношение до веры и церковных обрядов", а именно вопросы относительно различных родов пищи (постной и скромной) в болезнях. Однако, эта неудача не остановила Удена. Он пригласил к участию в издании журнала несколько товарищей и объявил от общего с ними имени в газетах о намерении издавать еженедельный журнал под вышесказанным названием. А для большего успеха дела, редакторы запаслись протекциею всесильного тогда графа П. А. Зубова, посвятив ему свое издание. Но перед самым началом издания они переменили название его и объявили о том особою публикациею 25 августа 1792 г.; журнал предположено назвать „С.-Петербургскими Врачебными Ведомостями", под каковым именем он действительно и явился в свет 2 ноября 1792 г., листами в четвертушку. Целью издания ставилось „распространение удобопонятнейших истин врачебной науки и преподавание средств к соблюдению и поправлению здоровья", т. е. проведение здравых физиологических и гигиенических понятий в народный быт. Но после второго полугодия это издание прекратилось по недостатку средств, просуществовав только один год" (*Чистович, История первых медицинских школ в России, 1883 г., стр. 418—420*).

В приведенной истории возникновения „С.П. Врачебных Ведомостей" все характерно: и стремление государственной власти (медицинская коллегия) издавать журнал, и колебания этой власти, бесконечная волокита, и препятствия к частной инициативе, и ссылка на религию касательно сортов пищи по болезням, и необходимость частным врачам прибегать к „всесильной" протекции и, наконец, крушение журнала из-за отсутствия средств. Из истории видно, однако, что как медицинская коллегия в своем целом,

так и лучшая часть врачебного мира сознавала не только желательность, но и необходимость иметь периодический медицинский журнал. „К этому не мешает прибавить", писал *Чистович*: „что еще за 4 года до появления Уденова журнала, начал печататься в Москве, тоже вроде сборника „Магазин натуральной истории, физики и химии, или полное собрание материй, принадлежащих к сим трем наукам" и проч. (Москва, 1788—1792 г. г., всего 10 книг, в осьмушку). В них между прочим находится много статей, чисто медицинских" (*Чистович. стр. 421*). Появление этого журнала свидетельствует о том, что потребность, в специально медицинских изданиях, потребность в медицинской литературе на самом деле была, но она тормозилась, она не могла вылиться в окончательные формы.

Через сто лет после д-ра Удена, Вельяминов попытался создать специально хирургический журнал и создал его. Я неоднократно указывал, что хирургия в России развивалась чрезвычайно быстро и пышно. К началу 80-х годов прошлого столетия сошел уже со сцены Пирогов, выдвинулся ряд выдающихся профессоров хирургии. Страницы общих медицинских журналов, как „Медицинский Вестник", „Военно-Медицинские Известия" были полны хирургическими статьями. Казалось, появление специально хирургического журнала нужно было считать своевременным. А между тем Вельяминов встретил большие затруднения.

В развитии русской, специально хирургической литературы, иначе говоря, в создании русских хирургических журналов фигурируют три крупных хирургических имени: проф. Вельяминова, проф. Склифоссовского и проф. Дьяконова. Первый из них основал „Хирургический Вестник" в 1884 г.; оба вторые в 1891 г. начали издавать „Хирургическую Летопись". В 1897 г. Дьяконов „вышел из редакции „Хирургической Летописи" (*Вельяминов*), а в 1897 г.

появилась, под редакцией Дьяконова, „Хирургия". „Хирургия" просуществовала до 1914 г., „Хирургический Архив Вельяминова" — непосредственное продолжение „Хирургического Вестника", который одно время, когда Вельяминов соединился со Склифоссовским, назывался „Летописью Русской Хирургии", а потом сделался „Архивом Русской Хирургии" закончил свое существование в 1917 г.

Каждое из упомянутых сейчас трех имен проф. Николая Александровича Вельяминова, проф. Николая Васильевича Склифоссовского и проф. Петра Ивановича Дьяконова принадлежит к числу крупнейших имен академической, университетской хирургии. Каждое из них должно быть особо отмечено, о каждом из них нельзя не сказать несколько слов. Вельяминов и Склифоссовский воспитанники Московского университета, Дьяконов—медико-хирургической Академии. Вельяминов бо́льшую и лучшую часть своих сил посвятил Военно-медицинской Академии, Дьяконов—Московскому медицинскому факультету, а Склифоссовский делил свое время между Академией и Московским университетом, ибо был профессором поочередно и там, и здесь и кончил профессором Еленинского института в Петербурге.

Вельяминов и Дьяконов родились в 1855 г., Склифоссовский в 1836 г. Вельяминов, сейчас-же по окончании медицинского образования, очутился в 1877 г. на войне сначала в Тифлисском госпитале, а затем вскоре, благодаря, вероятно, связям, был прикомандирован к Рейеру. Склифоссовский, окончив курс в 1859 г., поступил в Одесскую городскую больницу, „приняв на себя обязанность заведывать ее хирургическим отделением". В 1863 г. он получил степень доктора медицины в Харьковском университете. 1866 и 1867 г. г. он провел в Германии, при чем принимал участие в Австро-Прусской войне. Возвратившись из-за границы, он снова работал в Одесской больнице, затем в 1870 г. он приглашается в Киев профессором хирургии, а в 1871 г. переводится в медико-хирургическую Академию профессо-

ром Хирургической Патологии. В 1877 г. он также оказывается на театре военных действий, но как профессор Академии.

Судьба привела и Дьяконова на театр военных действий в 1877-78 г. г., но он оказался в иных условиях.

„По окончании орловской гимназии", через год, Дьяконов „поступил в медико-хирургическую Академию. Сначала все шло хорошо, но незадолго до окончания он был заподозрен в политической пропаганде среди рабочих и, хотя не было улик, выслан из столицы на север. Подошла вскоре турецкая война, и П. И. отправили в поход с пехотным полком в качестве обыкновенного рядового. Прошло довольно много времени, пока его призвали к исполнению фельдшерских обязанностей, когда его положение несколько улучшилось... Во время войны он заболел сыпным тифом, и ему пришлось вынести на себе перевозку из одного лазарета в другой на полке, когда больных складывали рядами, один слой на другой и в таком виде везли целую ночь. Сначала было тепло, говорит П. И., но к утру, к концу пути, стало холодно—оказалось, что два его соседа были уже закоченевшими трупами.

„По окончании войны ему было разрешено окончить Академию. Выпускные экзамены были прерваны вторичным арестом. Наконец, 5 мая 1879 г. П. И. получил звание лекаря, и в то же время запрещение проживать в столице. Он поехал в родную Орловскую губернию, где земским врачем Болховского уезда и начал свою сначала скромную, а затем столь блестящую деятельность. Через год он переходит в Орел врачем губернской земской больницы и очень быстро создает себе в городе имя одного из лучших врачей и вместе с тем большую практику. Это его не удовлетворяет. Он стремится к более широкой научной работе. Будучи в Орле, опубликовывает некоторые наблюдения из своей практики. 31 декабря 1883 г. оставляет службу в Орловской больнице и, твердо веря в свои силы, рискует переехать с семьей, без материального обеспечения, без имени в Москву.

„Тут ему через некоторое время удалось занять должность одного из санитарных врачей (учреждавшихся тогда) города. Это давало известное небольшое обеспечение, но этого уже было достаточно для

П. И., чтобы он все свободное время посвятил удовлетворению жажды познания. Первое время ему удалось работать в глазной больнице. Он сдает докторантские экзамены, пишет диссертацию „Статистика слепоты и некоторые данные к этиологии слепоты среди русского населения". В июне 1887 г. назначается исправляющим должность помощника прозектора института топографической анатомии и оперативной хирургии Московского университета, и таким образом достигает одного из своих желаний работать при университете, но вместе с тем, делается вынужденным оставить место санитарного врача. Снова жизнь делается более тяжелой .. С того же приблизительно времени (1889) начинается самостоятельная его и журнальная работа в качестве редактора „Летописи Хирургического Общества" (*Теребинский. П. И. Дьяконов. Хирургия. 1909 г. т. 25, стр. 107*).

„Сознавая всю важность для развития науки литературной работы, П. И. с неутомимой энергией и настойчивостью вел журнал. Впервые журнальная деятельность его началась, как уже сказано, с 1889 г., когда он, в качестве 2-го секретаря хирургического Общества, начал редактировать „Летопись Хирургического Общества". Журнал под его редакторством быстро разросся, но через некоторое время должен был прекратиться за недостатком у Общества средств. Тогда П. И. вместе с проф. Склифоссовским основали журнал „Хирургическая Летопись"... „В 1897 г. П. И. основывает уже один свой журнал „Хирургию" (стр. 112).

Из трех основателей и редакторов русских хирургических журналов жизнь наиболее трудно сложилась вначале для проф. Дьяконова. Его энергия работы, его энергия стремления к преподавательской деятельности удивительна. Нужно правду сказать, что между всеми тремя основателями журналов есть общие черты. Все они, казалось, не были первоначально предназначены для преподавательской деятельности, но всех их трех именно преподавательская деятельность влекла к себе чрезвычайно. Склифоссовский, стоявший до 1870 г. во главе хирургического отделения городской Одесской больницы, переходит

профессором в Киев, хотя Одесская Городская Дума „в экстренном своем собрании постановила: „ценя заслуги Н. В. Склифоссовского и приносимую им пользу городу и больнице, предложить ему профессорское жалованье, с целью удержать его в Одессе". Это не отвлекло Склифоссовского от стремления к профессуре. (*Лопатто. Кафедра хирургической патологии и терапии при военно-медицинской Академии, 1898 г., стр.* 11). Вельяминов,—редактор журнала, близкий ко двору государя, имеющий ряд должностей по практической хирургии—тем не менее стремится к профессуре и получает кафедру Академической Хирургической Клиники в Военно-Медицинской Академии по назначению в 1895 г. Наконец, Дьяконов, судьба которого складывалась крайне тяжело, ради близости к университету бросает сначала Орловскую больницу, бросает затем сравнительно лучшее обеспечение в Москве и в октябре 1893 г. добивается своего—„получает звание э.-о. профессора и делается директором института топографической анатомии и оперативной хирургии" при Московском медицинском факультете, а в 1901 г. получает в заведывание госпитальную хирургическую клинику в Московском университете (*Теребинский, стр.* 109). Дьяконова нужно считать первым профессором хирургии, вышедшим из земских хирургов. О земской хирургии речь пойдет в следующей главе, но пока считаю нужным отметить этот факт.

Научные заслуги и Склифоссовского, и Вельяминова, и Дьяконова велики. Но прежде чем об них говорить, необходимо сказать о возникновении самих журналов. Об этом проще всего получить сведения от Вельяминова, как основателя первого хирургического журнала в России.

„Четверть века назад", пишет Вельяминов в1909 г. (*Русский Хирург. Архив, 1909 г., стр. 751*): „будучи младшим врачем армейского полка, но уже бывши старшим ассистентом К. К. Рейера, я осмелился осно-

вать „Хирургический Вестник"—первый у нас в России журнал, посвященный специально хирургии. Основной капитал представляли 100 р., имевшиеся в доме, и глубокое мое убеждение, что у русских врачей назрела потребность в своем специальном органе". Всю „контору", редакцию составляли я и моя покойная жена.

„Вышла первая книжка—тощая, убогая, неумело редактированная, с плохими рисунками. В ней было две оригинальные статьи—А. Г. Корецкого (из отделения Рейера в Мариинской больнице) и Н. М. Волковича (из клиники проф. Борнгаупта), 2 библиографические статьи—моя и Корецкого-же и 9 рефератов—3 М. Ф. Рабиновича, 3 Г. И. Турнера и 3 моих. Подписчиков было несколько десятков, но мы не унывали, при помощи друзей (главным образом Корецкого, В. В. Максимова, Рабиновича и Турнера) довели до конца год и „храбро" приступили ко второму году издания.

„Однако, подчас приходилось туго, особенно по части финансов. Тогда мы стали искать помощи. Помню, как будто это было вчера, мое обращение к только что назначенному главному военно-медицинскому инспектору, А. А. Реммерту, знавшему меня по службе на Кавказе, и к тогдашнему директору медицинского департамента, Н. Е. Мамонову.

Первому, получив особое разрешение, я представлялся в парадной форме, в темное, зимнее, петербургское утро, в 8 ч. Реммерт принял меня в Управлении на Караванной, стоя, не подавая руки; небрежно взяв от меня первый том „Хирургического Вестника". А. А. „разнес" меня более чем громким голосом, „по военному", за то, что я позволил себе беспокоить высшее начальство по делу, ничего со службой общего не имеющему; прием был настолько суров и не любезен (чтобы не сказать гораздо больше), что я тоже „по военному", почтительно выслушал „реприманд" и ушел, не сказав буквально ни слова; помню, как было холодно, темно и пусто в 8 час. утра на Караванной, когда я вышел из подъезда, любезно провожаемый всем нам знакомым длиннобородым швейцаром. Второй Н. Е. Мамонов, принял меня в своем служебном кабинете на Театральной, очень мило и любезно, пожал руку, посадил, выслушал меня до конца и сказал: „желание издавать у нас в России научный журнал—барская затея, а этому помо-

гать мы не можем"; затем он встал, снова любезно пожал мне руку и проводил до дверей кабинета: выйдя на улицу, я нашел, что она удивительно удачно названа „театральной". Третий, с которым мне пришлось говорить по этому делу, был влиятельный тогда и ныне благополучно здравствующий член военно-медицинского ученого комитета: узнав, в чем дело, он заявил мне: „жалею, молодой человек, что вы уже затратили так много сил и энергии на это бесцельное предприятие; могу вас утешить только тем, что долго вы, по моему убеждению, продержаться не можете".

Мне стало ясным, что всякие упования на помощь следует оставить и либо дело бросить, либо продолжать его одному, при одной помощи дорогих друзей, находившихся в тех же материальных условиях, как и я. Остановился я на последнем, и потянулись трудные, тяжелые годы обычной жизни отечественного редактора-издателя научного журнала: днем я добывал средства, а ночью их тратил, сидя за корректурами, писанием рефератов и т. п.; покойная жена моя писала адреса, заклеивала книги, бегала в типографию и на почту"... „В 1890 г. я перенес большое горе, потеряв жену, которой и „Вестник Хирургии" был так много обязан в первые 5 лет своего существования. Положение журнала стало критическим—справляться одному было не под силу, покрывать дефициты, которые не уменьшались, становилось все труднее, и в конце 1891 г. я уже решил послушаться опытных людей и бросить „затею". Решение это тем более было обосновано, что в том же 1891 г. в Москве народился соперник—„Хирургическая Летопись" Н. В. Склифоссовского и П. И. Дьяконова. Было бесконечно больно и обидно после 7 лет труда отказаться от любимого дела, но делать было нечего. Однако, нашлась одна просвещенная личность, пожелавшая остаться неизвестной, которая не только поддержала меня нравственно, но и предложила помогать журналу материально в течение 3 лет. Было решено не только не прекращать издания, а расширить его, увеличив отдел рефератов и рецензий, что, конечно, нельзя было сделать без средств".

Такова история возникновения первого русского хирургического журнала. В 1891 г. возник второй

журнал в Москве, который в 1897 г. превратился в Дьяконовскую „Хирургию". Проф. Склифоссовский играл роль как бы связующего звена между хирургическими журналами, ибо сначала работал в качестве соредактора „Хирургической Летописи" в Москве, затем — в качестве соредактора „Летописи Русской Хирургии" в Петербурге.

Если сравнить Вельяминовский и Дьяконовский журналы, то нельзя не прийти к выводу, что первый играл главную роль: наиболее крупные работы помещались именно в нем. Вельяминовский журнал сумел собрать все, наиболее выдающееся, по хирургии в России.

„За 25 лет редакцией „Хирургического Вестника" (1885—1894 г.г.), „Летописи Русской Хирургии" (1896—1901 гг.) и „Русского Хирургического Архива" (1895 и 1902—1909 гг.) издано 166 выпусков, представляющих около 1660 печатных листов или 26560 страниц. В означенных 25 томах помещено: 859 оригинальных статей и монографий, 27 больничных отчетов, 30 писем с описанием заграничных клиник, 129 рецензий, 19 некрологов и биографий, отчеты о 54 съездах отечественных и иностранных, 1347 рефератов, 235 мелких заметок. Число рисунков и таблиц не подсчитано, но их много сотен.

В числе своих сотрудников редакция имела честь считать следующих товарищей: профессоры: Алексинский, Батуев, Бобров, Васильев, М. А., Введенский, Виноградов, К. Н., Волкович, Геркен, Грубе, Груздев В., Делицин, Земацкий, Кадьян, Кузнецов, Максимов, В. В., Монастырский, Мыш, Оппель, Павлов, Е. В., Пенский, Петерсен, Петров, Н. В., Разумовский, Ратимов, Ростовцев, Салищев, Серапин, Склифоссовский, Н. В., Соколов, Н. А., Спижарный, Студенский, Субботин, Суслов, Таренецкий, Таубер, Тиле, Тиллинг, Тихов, Тонков, Трейберг, Тринклер, Турнер, Феноменов, Цейдлер, Черняховский, Щеголев, Федоров, С. П. (*Вельяминов, стр. 756*). Затем идет громадный перечень приват-доцентов и врачей, печатавших в журнале Вельяминова свои работы. „Всего с редактором", говорит Вельяминов „342 автора, в том числе 48 профессоров". (стр. 757)

Заслуга Вельяминова, как создателя не только первого, но и лучшего хирургического журнала в России, конечно, громадна. Он был инициатором этого дела, он его развил, он поставил в конце концов свой журнал действительно блестяще. Его „Архив“ мог смело конкурировать с германскими, французскими, английскими специальными журналами. Каждый хирург с нетерпением ожидал выхода в свет новой книжки журнала. Вот почему нужно считать вполне заслуженным, что, после 25-ти летнего юбилея, журнал принял название „Хирургического Архива Вельяминова“. К сожалению этот „Архив“ слишком мало просуществовал. Такова уж судьба русских хирург. журналов, которые все погибли во время революции, но которые с быстротой возрождаются, ибо хирургическая наука в России все время развивается.

За такую почтенную деятельность Вельяминов был награжден. Был составлен юбилейный сборник, в котором приняли участие очень и очень многие хирурги. Мало было таких хирургов к сожалению и такие нашлись которые отказались от участия в сборнике.

Помню, приезжает ко мне В. Н. Томашевский и предлагает принять участие в юбилейном сборнике. Не могу сказать, чтобы отношения ко мне Вельяминова были очень хороши. Как раз в то время Вельяминов как-то недружелюбно ко мне относился. Само собою, разумеется, это не могло никоим образом влиять на мое решение непременно принять участие в сборнике. Я принял такое участие вместе со своими сотрудниками. Мало того, Томашевский предложил мне написать посвящение. От такой чести я также не отказался. Ценя в Вельяминове, помимо других его сторон, прежде всего создание им первого и прекрасного хирург. журнала, я написал посвящение. Вельяминов, узнав от Томашевского, кто был автор посвящения, был крайне растроган. Это—маленькая историческая деталь, но мне хотелось бы, чтобы она не исчезла со страниц истории русской хирургии.

Чтобы быть создателем, редактором и издателем специального журнала, для этого мало одной энергии: для это нужно глубокое убеждение в пользе ведомого дела, в его значении. Таким глубоким убеждением горели как Вельяминов и Дьяконов, так, конечно, и Склифоссовский. Но для этого же нужно иметь и имя: имя редактора несомненно привлекает сотрудников. Такое имя было за Склифоссовским и Дьяконовым, когда они основывали свои журналы: такого имени не было еще за молодым Вельяминовым, когда он первый вступил на путь редакторства. В конечном итоге имя каждого из них записано крупными буквами в историю русской хирургии.

Н. В. Склифоссовский, был одним из выдающихся хирургов-клиницистов конца прошлого столетия. В 1868 г. он уже имел счастливые исходы после овариотомий. следовательно, получил такие исходы раньше Новацкого в Москве; проф. Крассовский в Петербурге обгонял Склифоссовского в количестве овариотомий, но как ни как Склифоссовский является одним из первых в России хирургов-овариотомистов, т. е. хирургов, производящих успешно чревосечения. В диссертации Ландшевского перечислено 68 работ Склифоссовского. В 1885 напр. году он писал „еще о 35 овариотомиях“, Склифоссовский был большой поклонник идей Пирогова. В своих статьях, касающихся „хирургии войны“, он жаловался на то, что госпитальные палатки, которые германской армией у нас заимствованы, которые, согласно взгляду Пирогова, имеют громадное значение, нашим военно-медиц. ведомством не культивируются так, как это должно было бы быть. В 1874 г. он пишет о вырезании зоба, в 1873—о резекции обоих челюстей, в 1882—о гастростомии при сужении пищевода; в 1880 о вырезании языка после предварительной перевязки язычных артерий, в 1882 лечит перевязкой общей сонной артерии бьющееся пучеглазие, в 1887 применяет шов при высоком сечении пузыря, в 1890 говорит об идеальной холецистотомии, 1892 о pharyngotomia subhyoidea. Одним словом, Склифоссовский, как хирург, всегда стоял на высоте европейского уровня. Он следил за западно-европейской ли-

тературой, выполнял сложные операции и получал хорошие результаты. Нельзя не сказать, что Склифоссовский был отличный хирург-техник.

Будучи сначала поклонником Листеровского способа лечения ран, он видоизменял этот способ, согласно с прогрессирующим развитием этого вопроса.

„Когда в 1880 г.", читаем мы в „Отчете клиники Склифоссовского за 1890—1893 учебные годы": „проф. Склифоссовский принял в свое заведывание хирургическую факультетскую клинику, ему пришлось коренным образом переменить весь строй ведения клинического дела, пришлось первому проводить новые методы лечения хирургических заболеваний.

„Будучи строгим последователем идей Листера, Н. В. впервые начал широко применять антисептический метод лечения во всех его деталях: Надо было потратить много сил, чтобы поставить это дело на надлежащую высоту. Пришлось организовать и дисциплинировать весь служебный персонал клиники, убедить в целесообразности нового направления в хирургии" (стр. 9). „Вскоре карболовая кислота, как антисептическое средство, уступила место другим обеззараживающим. В клинике стали larga manu применяться иодоформ и сулема". (стр. 10) „Еще в конце 80-х годов Н. В., следуя тому же принципу чистоты и опрятности, стал применять при некоторых операциях стерилизованную повязку, а раны промывать также стерилизованной водой. Такие перевязки главным образом применялись там, где не ожидалось обильного просачивания из раны. Стерилизация перевязочных средств производилась в небольшом аппарате, изготовленном фирмой Швабе, при помощи нагретого воздуха" (стр. 11).

Едва ли я ошибусь, если признаю, что проф. Склифоссовский первый после Караваева в России ввел печатание „отчетов" хирургической клиники. Это начинание заслуживает быть отмеченным и несколько рассмотренным. С исторической точки зрения, отчеты заслуживают внимания потому, что по ним довольно просто судить о прогрессе хирургии. Для каждого данного момента отчеты важны, т. к. ими устанавливается уровень работы определенной, интересной для хирургов России, клиники. Начи-

нание Склифоссовского в Москве встретило последователей. Его заместитель—проф. А. А. Бобров также издавал „отчеты факультетской хирургической клиники". Дьяконов, когда получил кафедру госпитальной хирургической клиники, приступил к изданию „работ" своей клиники. Проф. Спижарный продолжал дело Боброва. Проф. С. П. Федоров—ученик проф. Боброва заняв кафедру госпитальной хирургической клиники в военно-медиц. Академии, издавал „труды" своей клиники. Получив кафедру хирургической патологии и терапии, я также издавал „работы" своей кафедры. Правда, отчеты и „труды", или „работы" отличаются друг от друга, но начинание Склифоссовского привилось к хирургическим кафедрам, развивалось и только война, а затем революция прекратили эти издания.

„Отчеты" отличались от „трудов" и „работ" в том отношении, что в первых приводится сырой материал клиники с некоторыми обобщающими, направляющими замечаниями. „Труды" или „работы" представляли обработанный материал по интересующим кафедру вопросам. Дьяконов совместил и то, и другое. Отчеты Склифоссовского и Боброва преследовали первую цель, т. е. представить сырой материал. „труды" и „работы" академических кафедр задавались достижением второй цели. Т. к. и „труды" клиники проф. Федорова, и „работы" моей клиники были всегда полны оригинальными исследованиями как клинического, так патолого-анатомического и экспериментального характера, так как они выходили до известной степени периодически—раз или два раза в год,—то они представляли собой несомненное дополнение к текущей хирургической печати, они представляли собой дополнение к хирургическим журналам. Хотя в России имелось уже 2 журнала—Вельяминова и Дьяконова, все-таки этих двух журналов в начале 20-го столетия не хватало для помещения всех, выходящих из клиник, работ.

Чтобы закончить характеристику Склифоссовского, должен напомнить, что именно он оказывается изобретателем так называемого „русского замка" для

сшивания костей при кроваво-оперативном лечении ложных суставов. Как учеников проф. Склифоссовского, учеников, занявших впоследствие кафедры, нужно упомянуть двух лиц—проф. В. И. Кузьмина (ученика по военно-медиц. Академии) и проф. И. К. Спижарного (ученика по Московскому университету).

Проф. Вельяминов имеет некоторые черты, сходные со Склифоссовским. Это был талантливый клиницист. Его многочисленные работы касаются преимущественно, даже почти исключительно, клинических вопросов Нет ни патологической анатомии, ни эксперимента.

Первоначально горячий поклонник Листера. Вельяминов постепенно, как и Склифоссовский, переходит к асептике, но не исключительной, а смешанной с „антисептикой". Иными словами, Вельяминов, вместе со Склифоссовским и большей частью других русских хирургов. шел более простым путем, заимствуя прогресс главным образом у германских хирургов. Однако. у Вельяминова больше. чем у Склифоссовского. обобщений. В этом отношении заслуживает внимания его классификация болезней суставов; выдающимся его сочинением нужно считать „Сифилис суставов". В последние годы жизни. он увлекся внутренней секрецией и особенно щитовидной железой. Создав свою классификацию зобов, Вельяминов много внимания уделил клинической стороне изменений функции щитовидной железы. Он различал гиперфункцию, гипофункцию и дисфункцию, т. е. не только количественное, но и качественное расстройство отправления щитовидной железы. Чрезвычайно интересен взгляд Вельяминова на истерию, как на результат расстройства внутренней секреции. Мне представляется, что по ширине клинических взглядов, по способности строить клинические обобщения, Вельяминов может быть поставлен на одно из очень видных мест хирургов-клиницистов. Чтобы дорисовать портрет Вельяминова, надо сказать, что он был очень сведущ в вопросах „хирургии войны". Получив хирургическое крещение под руководством Рейера на Кавказе в войну 1877—1878 г.г., Вельяминов до самой смерти интересовался вопросами

„хирургии войны", но больше, могу сказать, административной частью. Во время Русско-Японской войны он принимал участие в организации Красного Креста. В самом начале войны 1914 г. Вельяминов отправился на фронт в ставку верховного главнокомандующего в качестве как бы инспектора хирургии. Он настаивал на том, что при ставке должна быть создана должность санитарного полевого инспектора. Таковую должность он и занял в начале 1918 г. Однако, революция его сместила. После октябрьского переворота, Вельяминов был совершенно выбит из колеи: в сущности набалованный жизнью, он впал почти в нищенство: он голодал и зяб, кое-как перебиваясь. Несмотря на свои преклонные годы, несмотря на чрезвычайно тяжелые материальные условия существования, он продолжал научно работать до самой смерти. Он оставил потомству еще не изданный учебник о заболевании суставов и обширный, разработанный им, материал по военно-санитарному делу на войне.

Жизнь Склифоссовского текла спокойнее, чем Вельяминова. Если Вельяминов—аристократ по происхождению—поступил на медицинский факультет, вопреки желанию своих близких, если, он как раз в этом смолоду проявил свой самостоятельный характер, если его характер и преданность науке сказались в настойчивости издания им журнала, то тот же настойчивый характер сквозит и из последних лет его жизни: голодный, холодный, изнемогающий, он продолжает научно работать и пишет одно сочинение за другим. У таких представителей хирургии, как Склифоссовский, как Вельяминов, можно учиться тому, как жить и как переносить тяжести жизни: Склифоссовский, ради влечения к преподаванию, оставляет Одессу, хотя ему обещают профессорский гонорар, Вельяминов добивается кафедры и умирая продолжает учить хирург. потомство, ибо умирая пишет сочинения. Не менее поучителен, не менее заслуживает уважения Дьяконов.

С каким упорством он шел к профессуре, было уже изложено. Получив кафедру топографической

анатомии и оперативной хирургии, он, вместе со своими сотрудниками, в конце концов издает капитальное сочинение „Лекции по оперативной хирургии и топографической анатомии". Но оставлю эту сторону дела и остановлюсь на взглядах Дьяконова по вопросу об антисептике и асептике. На этот счет им выпущена была специальная книжка в 1900 г. под заглавием: „Основы противопаразитарного способа лечения ран". „В настоящее время", пишет Дьяконов в предисловии: „все более утрачивается доверие к противогнилостным средствам, и так называемый антисептический способ шаг за шагом уступает свое место, так называемому асептическому. Среди современных хирургов мы встречаем то представителей чистой асептики, то представителей антисептики; но большинство соединяют самым различным образом оба способа". Развивая мысли на счет асептики и антисептики, приходя логическим рассуждением к выводу, что в сущности нет принципиальной разницы между антисептикой и асептикой, приведя ряд случаев (обработка рук и операционного поля, ножей и т. д.) для подтверждения этого, Дьяконов признает, что „сам он принадлежит к хирургам, никогда не употребляющим карболовой кислоты, сулемы, иодоформа и т. п. веществ". „Я нахожу их", говорил он: „совершенно ненужными, но если бы напр. были предложены какие-либо новые противогнилостные средства, верные по своему действию и в то же время совершенно безвредные, то было бы странно не испытать их только из боязни погрешить против учения так называемой асептики". В отношении лечения зараженных ран Дьяконов, также не возражая принципиально против применения химических веществ, замечает, что „вполне предать забвению противопаразитарные, химические средства еще не пришло время; однако же, в виду их ядовитых свойств, прибегать к ним тем более нежелательно, чем более мы научаемся владеть физическими противопаразитарными деятелями" (стр. 273). Одним словом, принципиально не возражая, Дьяконов лично был, как тогда и говорилось, „чистым асептиком", т. е. не прибегал к помощи химических средств, за исключением спирта и калийного мыла.

Как асептик, он подавал руку профессору военно-медицинской Академии М. С. Субботину. Последний был также „чистый асептик". Субботин не толь

ко пропагандировал чистую асептику в клинике, но рекомендовал ее для театра военных действий. Его доклады на эту тему всегда вызывали горячий протест со стороны лагеря хирургов, придерживавшихся смешанного способа лечения ран и смешанных профилактических мероприятий. Дьяконов и Субботин в отношении „асептики“ были крайними представителями.

С исторической точки зрения, их деятельность, их пропаганда была полезна, как пропаганда против исключительности применения химических средств, против исключительности „антисептики“ в пользу физических методов обеспложивания, в пользу „асептики“. Горячие дебаты на этой почве давно уже кончились. Как хирургическая профилактика, так и методы лечения ран совершенствуются, но имена Дьяконова и Субботина, как „чистых асептиков“, остаются в истории и вспоминаются с уважением: ими руководило глубокое убеждение и стремление улучшить дело лечения хирургических больных.

„Смотря на операцию, как на неизбежное зло, П. И. всеми силами стремился к тому, чтобы произведенная операция возможно меньше нарушала строение и отправление организма. Ввиду этого, он применял целый ряд таких видоизменений операций, которые бы ставили оперированную область в условия возможно более близкие к нормальным. Не было никогда отказа в помощи даже самым тяжелым больным, раз существовала хоть небольшая надежда, что операция улучшит, облегчит состояние больного. Внимания на то, что этим портится „хорошая статистика“ операций, П. И. не обращал совершенно“ (*Теребинский, стр. 11*).

Дьяконовым выпущен целый ряд „работ“ его клиники. Помимо сырого материала, в них имеются крайне интересные статьи о задачах клиники, о способах обработки клинического материала. В 1913 г. Дьяконов совместно с проф. Ф. Е. Рейном издал „Общую оперативную хирургию“.

Отсюда видно, что проф. Дьяконов шел в хирургии широким размахом. Его связывает с Вельяминовым стремление писать крупные учебники. У Вельяминова—учебник „Сифилис суставов“ имеет более монографический характер, хотя и изложен в

виде лекций; у Дьяконова ряд типичных учебников. От Вельяминова его отличает более широкий хирургический размах, отсутствие боязни „испортить хорошую статистику", той боязни, которой отличались многие профессора-хирурги до-пироговского и после-пироговского времени. Дьяконов ближе подходит к Пирогову, так как он был знаток анатомии, так как он некоторое время преподавал оперативную хирургию с топографической анатомией. Как Вельяминов, так и Дьяконов оставили после себя школу хирургов. Из учеников Вельяминова в профессора вышли: Тиле, Мыш, Серапин, Гагенторн И. Э., Дидерихс. Его наиболее выдающийся ученик—У. Н. Томашевский—преждевременно скончался от сыпного тифа, не дождавшись кафедры. Из школы Дьяконова вышли: Ф. А. Рейн, Напалков, Лысенков, Венгловский и др.

Таким образом, основатели русских хирургических журналов были в то же время выдающимися хирургами России. Их всех связывало преклонение перед Пироговым и стремление быть на высоте по заветам великого русского хирурга. Будучи пионерами хирургической журналистики, все трое работали еще более широко для русской хирургии: Вельяминов основал в Петербурге „Медико-хирургическое Общество", которое, по правде сказать, не было исторической необходимостью, ибо в Петербурге уже существовало „Русское Хирургическое Общество Пирогова". Склифоссовский принимал деятельное участие в создании „Пироговских съездов". Дьяконов был одним из инициаторов „Съездов Российских хирургов". Все трое они были представителями академической, университетской хирургии. Если я перечислил только их учеников, получивших кафедры, то, само собой понятно, вообще школа Вельяминова, школа Склифоссовского особенно школа Дьяконова гораздо больше. Говорю про Дьяконова особенно, т. к. к нему съезжалось боль-

шое количество земских хирургов, которые получали от его клиники чрезвычайно много.

Само собой разумеется, если в подробностях начать разбирать Вельяминова, Склифоссовского и Дьяконова, то у каждого из них найдутся слабые места, у каждого будут некоторые мелкие недостатки то в отношении некоторой неполноты хирургического направления, то в отношении увлечения слишком одностороннего, то в отношении личного характера, в отношении своего поведения. Но останавливаться на мелочах, мне кажется, не стоит. Я позволил себе остановиться только на мелочах по отношению к Пирогову и только потому, что это Пирогов, касательно которого не только интересно знать его достоинства, но и его недостатки. Такие величины, как Пирогов, на мой взгляд, еще больше светят, когда они люди, а не святые, когда их чрезвычайные достоинства оттеняются некоторыми интересными и объяснимыми недостатками. Думаю, что и Склифоссовский, и Вельяминов, и Дьяконов могут быть причислены к школе Пирогова в широком смысле этого слова. Их примерами можно показать, до какой степени сильный толчек дал Пирогов к развитию русской хирургии. В войну 1877-78 г. г. на полях сражения были все четверо. Дьяконов в качестве солдата, но хирургический дух Пирогова в нем уже был заложен.

Чтобы закончить вопрос о хирургических журналах, должен сказать следующее. Хирургическая литература, как я говорил, не умещалась в имевшихся журналах—„Летописи Русской Хирургии" и „Хирургии". Большое количество хирургических работ рассеивалось по обще-медицинской прессе: большое количество солидных хирургических трудов ежегодно выходило в виде диссертаций как в военно-медицинской Академии, так и на всех медицинских факультетах. Следить за русской хирургической литературой оказывалось просто невозможным, ибо не было никаких справочников. Чтобы восполнить этот пробел,

чтобы создать орган, в котором бы сконцентрировалась вся хирургическая литература, для этого начало выходить в 1903 г. „Хирургическое Обозрение“ под редакцией профессоров И. П. Алексинского и А. В. Мартынова. Мысль о таком органе принадлежит Москве. При появлении первого тома, от редакции имелось такое заявление:

„При современном быстром росте русской хирургической печати, становится нелегко следить за всеми новостями по отечественной хирургии не только врачу, работающему в глухой провинции, но и врачу, живущему в университетских центрах, в столицах и имеющему к своим услугам не одну медицинскую библиотеку. Еще труднее занимающемуся каким-либо отдельным вопросом разыскать все интересующее его в русской хирургической печати... В России же совершенно не имеется изданий, преследующих цели собирания русской хирургической печати.

„Мысль о таком издании возникла в Обществе Русских Хирургов в Москве. На 63-м заседании Общества, 22 ноября 1901 г. действительный член А. П. Левицкий сделал доклад относительно объединенного издания русских хирургических трудов и предложил, в случае сочувствия Общества этой мысли, внести такой доклад от имени Общества на предстоящий 2-ой съезд Российских Хирургов. Доклад А. П. Левицкого был принят сочувственно“. По разработке вопроса комиссией, предложение было принято съездом, и „Русское Хирургическое Обозрение“ появилось на свет.

Надо отдать справедливость редакторам, „Обозрение“ весьма полно собирало хирургические работы России. Работы собирались по отделам. Прекрасное начинание, однако, долго не выдержало: просуществовав несколько лет, оно погибло. Русская хирургия опять осталась без своего объединяющего органа, опять с русской хирургией пришлось знакомиться по иностранным реферирующим журналам, при чем в этих последних, конечно, далеко не все реферировалось. Реферативная часть русских работ в таком

журнале, как „Cent. Blatt f. Chirurgie“, все же носила, если не случайный, то во всяком случае не полный характер. Реферировались главным образом работы, печатанные в хирургических журналах. Работы из общей медицинской прессы, особенно диссертации, часто не попадали на страницы реферирующего германского журнала; если они и попадали, то во всяком случае далеко не все. На текущую русскую литературу приходилось все-таки смотреть через германские очки.

ГЛАВА IX

Земская Хирургия.

Во главе развития русской хирургии стояла академическая университетская хирургия больших центров, как Петербург, Москва, Харьков, Казань, Киев, а затем Одесса, Томск, наконец, Саратов Конечно, сюда нужно причислить и Дерпт — впоследствие Юрьев—и Варшаву. Эти хирургические центры прежде всего вели преподавание хирургии, а рядом с этим разрабатывали научно-практические вопросы хирургии, следя за движением ее на Западе. Хирургические центры делали то, что могли: в отношении практической хирургии они напр. изучали применение различных новых операций, сами изобретали новые операции. Однако, эти центры, по малому количеству мест, не имели и не могли иметь серьезного значения для обслуживания хирургической помощью народонаселения России.

130 миллионов народонаселения — с одной стороны, и каких нибудь 2000 хирургических мест во всех клиниках России — с другой. Мало того, что хирургические клиники не имели серьезного значения для обслуживания хирургической помощью деревни, т. е. громадной части народонаселения России, хирургические клиники имели относительно малое значение для обслуживания хирургической помощью народонаселения больших городов. Городские больницы, обладающие гораздо большим количеством хирургических коек, в чисто количественном отношении подаваемой ими хирургической помощи, могли стоять и часто

стояли впереди клиник. С исторической точки зрения, нужно удивляться русской профессуре: стесненная до крайних пределов количеством больных, следовательно, не имея возможности широко развернуть практическую деятельность, профессура не выпустила из своих рук дирижерскую палочку и нередко ухитрялась даже создавать статистики тех или иных способов лечения, статистики, имеющие решающее значение.

Главная же роль профессуры состояла несомненно в руководстве, в освещении основных положений, в испытании новых способов лечения, в рекомендации их.

Если это так, то, казалось бы, следовало рассмотреть отдельно городскую хирургию, как обслуживающую городское народонаселение и земскую хирургию, как обслуживающую деревню. Думаю, что имею основание от первой части отказаться.

Хирургия особенно крупных городов близко примыкала к академической, университетской; хирургия большинства губернских, особенно уездных городов сливалась с земской хирургией. Чтобы пояснить первое положение, остановлюсь на примерах из жизни Петербурга и Москвы. Нечто подобное происходило и в других, так сказать, столичных городах, как Киев, Харьков, Одесса. Из городских же больниц Москвы и Петербурга остановлюсь на Екатерининской в Москве и Обуховской в Петербурге.

Касательно истории императорской Екатерининской Больницы мы имеем указания проф. А. В. Мартынова, при чем его „очерк составлен главным образом на основании материалов для истории Екатерининской больницы, приготовлявшихся к печати покойным проф. К. Ѳ. Клейном“. Вот выдержки из этой истории:

„Екатерининская больница, находящаяся ныне в исключительном заведывании Московского университета, основана в 1775 г. Незадолго перед тем

(1770 1772) свирепствовала в Москве „моровая язва“, унесшая чуть не больше половины всего населения и заставившая правительство обратить внимание на почти полное отсутствие врачебной помощи в первопрестольной“... „Больница начала функционировать с 19 июня 1776 г. в здании бывшего карантинного двора по 3-ей Мещанской, где теперь помещается“ Старо-Екатерининская городская больница (стр. 2)... „Первым штаб-лекарем больницы был колл. сов. Яков Зундблат“. В 178? г. Екатерининская больница перешла из ведомства полиции в ведение новооткрытого „приказа общественного призрения“ и поставлена была под надзор особого чиновника из членов приказа („главного надзирателя больницы“). Повидимому, недостаток средств больницы вызвал в 1784 г. распоряжение приказа чтобы бедными больными занимались только 80 кроватей, на остальные же 70 кроватей помещались более состоятельные за плату 3 р. ассигнациями в месяц“.

„Переход в приказ общественного призрения внес изменение и в штаты личного состава больницы. Увеличено было количество врачей и между другими учреждена новая должность „оператора“...

„11 августа 1820 г., за смертью штаб-лекаря Граве, во главе учреждения в качестве старшего врача становится доктор медицины и хирургии, впоследствии профессор, Андрей Иванович Поль, с именем которого связано начало преподавательской деятельности Екатерининской больницы“ (стр. 4). „В сентябре 1833 г. состоялось перемещение больницы на новое место из зданий, в которых она находилась в течение 58 лет“.

„Одновременно с перемещением в другое здание в Екатерининской больнице была открыта хирургическая госпитальная клиника Московской медико-хирургической академии. Для клиники отведено было сначала 57 кроватей, составивших особое отделение. Директором клиники с званием ординарного профессора Московского отделения медико-хирургической академии был назначен А. И. Поль“... „Союз медико-хирургической академии и Екатерининской больницы просуществовал недолго“ (академия была закрыта около 40 года), „но повел к чрезвычайно важному последствию — присоединению больницы к Московскому Университету“ (*Мартынов. Ежегодник имп Екатерининской Больницы, Москва, 1907 г.*).

Таким образом, крупная Екатерининская больница в Москве, обслуживавшая Московское городское население, сравнительно быстро превратилась в клинику, присоединилась к университету. Это пример одного хода развития „городской" больницы. Второй пример—длительной самостоятельной деятельности городской больницы, развитие в ней целой самостоятельной хирургической школы и в конце концов присоединение ее к высшей медицинской школе—мы видим в Обуховской больнице в Петербурге.

Излагать историю развития Обуховской больницы я не буду. Чтобы охарактеризировать значение хирургического отделения этой больницы с той точки зрения, которая меня сейчас интересует, я, конечно, должен остановиться на фигуре Алексея Алексеевича Троянова, как создателя крупной хирургической школы в городской больнице.

„А. А. Троянов родился в Калужской губ. в 1848 г. Среднее образование получил в Пензенской гимназии, по окончании которой слушал лекции на медицинском факультете в Казани, а в 1867 г. поступил в медико-хирургическую Академию в Петербурге. По окончании курса, в 1871 г. поступил на службу в Александровскую больницу сверхштатным ординатором. В это же время был ассистентом проф. Богдановского в частной лечебнице. В 1873—1875 г.г. заведывал земской больницей в г. Шацке. В 1875 г. переехал в Петербург и был прикомандирован к медико-хирургической Академии для усовершенствования. В 1876 г., во время постройки Уральской горнозаводской дороги, был приглашен врачем в железно-дорожную больницу. С 1879 по 1882 г. работал в Институте Экспериментальной Медицины под руководством проф. Пашутина над диссертацией „О влиянии обширного ожога кожи на животный организм", которую и защитил в 1882 г. В этом же году, по приглашению проф. Коломнина, занял вакансию ассистента при его кафедре. В 1886 г. был выбран заведующим хирургическим отделением (мужским) Обуховской больницы.

Этому делу он посвятил все свои знания и опыт и в несколько лет совершенно преобразовал это от-

деление" (сведения любезно предоставлены мне д-ром.....).

Троянов раньше Trendelenburg'a предложил перевязку большой подкожной вены бедра, при расширении вен нижних конечностей; Троянов чуть не первый ввел трансплевральную лапоротомию; Троянов первый обратил внимание на выдающийся труд М. Я. Преображенского „Физическая антисептика" и начал применять ее принципы практически. Троянов, наконец, создал целую школу „Обуховских хирургов". В этой школе значатся: проф. Г. Ф. Цейдлер, проф. А. А. Кадьян, проф. И. И. Греков и целый ряд выдающихся практических хирургов. В конце концов, т. е. в начале третьего периода истории русской хирургии—периода, о котором я говорить совсем не буду—хирургическое отделение Обуховской больницы превратилось таки в госпитальную хирургическую клинику.

Значит, ясно, что городская хирургия крупных центров примыкала к академической, университетской, отличаясь от последней несколько большим практическим направлением. С другой стороны, как я уже говорил, хирургия в меньших городах сливалась с земской хирургией. Чтобы доказать это положение, сошлюсь на книгу *А. А. Чернова: „Городская медицина в Европейской России"* (*Москва*, 1903 г.). Книга представляет собой материал ответов всех городов Европейской России на запросы Пироговского Общества врачей. Возьму на выдержку несколько крупных городов, да еще губернских.

Владимир. „Город имеет в своем заведывании амбулаторию, содержимую на городские средства (стр. 8). Воронеж. „Город имеет в своем заведывании амбулаторию" (стр. 18). Курск. „Город не имеет в своем заведывании никаких лечебных заведений"... „несостоятельное городское население пользуется госпитальною помощью в губернской земской больнице" (стр. 67). Пенза. „Город имеет в своем заведывании общую амбулаторию и специально боль-

ницу для заразных больных" (стр. 140). Самара. „Город имеет в своем заведывании приемный покой для приходящих больных" (стр. 168). Симбирск. „Город имеет в своем заведывании одну городскую больницу и одну амбулаторию" (стр. 193). Смоленск. „Город не имеет в своем заведывании никаких лечебных заведений, несостоятельное городское население пользуется госпитальною помощью в губернской земской больнице" (стр 197). Тамбов. „Город имеет в своем заведывании лечебницу для приходящих больных с состоящими при ней детской больницей и отделением для неизлечимо-больных" (стр. 211) и т. д.

Ясно, что центр тяжести обслуживания хирургической помощью народонаселения России заключался в развитии именно земской хирургии. До какой степени это так, показывают некоторые числа. Существует весьма интересная книга: „*Русская Земская Медицина*", составленная Е. А. Осиповым, И. В. Поповым и П. И. Куркиным. (*Москва*, 1899 г.) „В высокой степени важное, общенародное значение земской медицины", пишут авторы: „в России прямо обусловливается фактом столь громадного численного преобладания в ней сельского населения, что горожане составляют почти только **десятую часть** всех жителей империи" (*предисловие, стр.* 1).

„По данным В. де-Ливрона, относящимся к концу 60-х годов, значительных городов в России, считая таковыми имеющие 20 и более тысяч жителей, оказывалось 77, именно: городов, имеющих от 20 до 50 тыс. жителей—61, от 50 до 100—11, и более 100 тыс. жителей—5. На основании этих данных, количество жителей в сказанных значительных городах России проф. Янсен определяет менее 6%. Но по сведениям за 1885-ый год таких значительных городов в России он насчитывал уже 116... при этом количество населения в этих городах им определено в 8%, а количество городского населения в России вообще -в 12,8%... Теперь, по переписи нынешнего года, значительных городов с 20 и более тысячами жителей опубликовано 133, из них имеющих от 20 до 50 тыс. жителей 79, от 50 до 100 35, и от

100 и более тысяч жителей—19, населения же в них вообще переписано 10.565.876 об. пола, что составит 8,3% всего населения России без Финляндии" (стр. 6—7).

Следовательно, государство, имеющее 90% сельского народонаселения, в 1864 г. приступило к организации ему медицинской, „земской" помощи. Как дело обстояло до введения земств, можно усмотреть из той-же книги „*Русская Земская Медицина*".

„Сравнительно в очень еще недавнее, дореформенное время огромная масса русского деревенского люда не пользовалась решительно никакой врачебной помощью, между тем как, проживая в крайней бедности и лишениях, при невообразимо дурных санитарных условиях, сильно страдала различными болезнями, естественно причинявшими чрезвычайно высокую смертность, особенно, в нежном детском возрасте".

„Крайняя рассеянность русского сельского населения на обширных пространствах империи, особенно, в некоторых губерниях; очень низкий уровень народного благосостояния и культуры, при весьма своеобразном складе всего нашего деревенского быта; отсутствие просвещения; ограниченность источников земских средств; огромный сначала недостаток врачей против разом открывшейся в них потребности и пр.—все это настолько затрудняло и осложняло предстоящую задачу, что многие, даже несомненные поклонники прогресса, а в числе их были и врачи, почитали ее фантастической и абсолютно неразрешимой еще в данное время. Они предлагали довольствоваться пока практическою подготовкою для сельского населения лучших фельдшеров, а дело рациональной организации медицины в деревнях отложить до более благоприятного будущего; не встречали поддержки подобные стремления и в общей русской прессе".

„Однако, убежденные приверженцы доставления действительной научной медицины народу—такой, какою пользуются привилегированные классы, продол-

жали настойчиво преследовать свои цели. Не имея в виду подходящих образцов сельских медицинских организаций в Западной Европе, которыми удобно было бы воспользоваться для применения к русскому народному быту со всеми оригинальными его особенностями, они поставлены были в необходимость изыскивать и вырабатывать собственные к тому способы, непрестанно помня при этом о скудности земских средств" (*предисл.* стр. 7). „Толчек, данный „Земским Положением", пишет *А. И. Шингарев* („*Полвека земско-общественного служения". Труды 12-го Пирогов. съезда, вып. 2, стр. 9*): „вызвал проявление громадной энергии, скрытой в рядах общества, доселе скованного в своем творчестве и самоопределении".

„То, чему Земство пришло на смену в области здравоохранения, было поистине ужасно"... „На всем громадном пространстве 34 земских губерний, в которых имелось тогда около 38 миллионов жителей, на 350 уездов в период передачи в 1865—69 г. г. дел „приказа общественного призрения" земствам, существовало только 351 лечебное заведение; из них 32 губернских и 319 уездных. В некоторых уездных городах больниц не было совсем; на всю Бессарабскую губернию была одна больница, на всю Екатеринославскую 7" (*Шингарев*, стр. 10). В сельских местностях больниц не имелось почти нигде. Вне городов вовсе не было врачей. При таком положении вещей земство взялось за организацию медицинской, в частности хирургической помощи.

„Во всех принятых земством лечебных заведениях заключалось (с психиатрическими отделениями) 11.309 кроватей, из которых более половины (приблизительно 6.200 кроватей) находилось в 32 губернских больницах и меньше половины (приблизительно 5.100 кроватей), во всех в сложности 303 уездных больницах". (*Русская Земск. Мед.*, стр. 63). „Главный контингент больных в лечебных заведениях приказа составляли нижние воинские чины и арестанты... Что же касается собственно сельского населения, то

едва ли даже и бывало когда-нибудь, чтобы из среды оседлых, домовитых крестьян кто-либо, по личному почину, отправлялся прямо из деревни искать медицинской помощи в больницах приказа" (стр. 67). „В короткий сравнительно промежуток 5—6 лет образовалась в России совершенно новая корпорация земских врачей с своими особыми профессионально-общественными целями, стремлениями и задачами". „Для лучшей разработки вопросов земской медицины начались съезды земских врачей". Инициатива в практическом осуществлении этой мысли принадлежит Тверскому губернскому земству, которое в 1871 г. созвало первый съезд земских врачей Тверской губернии; он же был первый такой съезд и во всей России (стр. 73).

Совершенно очевидно, что земскую медицину пришлось создавать почти из ничего. Земским врачам прежде всего пришлось бороться с пропагандированною, так называемой, разъездной системой лечения, пришлось бороться против фельдшеризма, настаивая на выгодах стационарной системы лечения, на развитии амбулаторий и лечебниц. При этом земские врачи по необходимости становились практиками-энциклопедистами: земский врач должен был лечить болезни по всем специальностям. Историческая необходимость такого энциклопедизма, объясняемая недостатком средств, недостатком больниц, недостатком специалистов-врачей, отодвигала на второй план развитие специально хирургической помощи населению деревень. Историческая необходимость данного времени, данного периода есть такой фактор, с которым нельзя не считаться, который нельзя иногда преодолеть. Однако историческая необходимость не есть идеал желаемой организации помощи. А между тем, среди части земских врачей постепенно выростало такое мнение, что „энциклопедизм" представляет собой какую-то желаемую характеристику земского врача. С такой постановкой дела, конечно, принципиально согласиться было невозможно. Практика жизни, сама история опрокинула такое понима-

ние вещей и вывела земскую медицину на правильный путь, повела к развитию и земской хирургии. Что стремление именно к энциклопедичности земского врача на самом деле существовало, я покажу рассмотрением Московской земской медицины. Пока же позволю себе заметить, что вообще земская медицина развивалась гигантскими шагами. Для доказательства последнего не лишним считаю сослаться на цифры, имеющиеся в „*Русской Земской Медицине*".

„К 1890 году земство располагало уже 1068-ю лечебными заведениями с кроватями, т. е. числом слишком втрое бо́льшим против принятого, так что 717 заведений было, следовательно, земством устроено вновь При этом число губернских больниц. . осталось то же--32, число уездных городских больниц увеличилось очень незначительно--всего до 325, но сильное возрастание общего числа лечебных заведений в земских губерниях обусловливалось почти исключительно сельскими лечебницами, которых открыто земством за означенный период времени более 700 (711). Вместо принятых земством всего 10.414 соматических кроватей, к 1890 г. оно имело уже в своих заведениях 26.571 кровать" (стр. 88).

Московское земство всегда было одним из самых передовых. Московская губерния организовала у себя ряд участков и лечебниц—целую сеть лечебниц.

„Площадь медицинских участков в уездах Московской губернии в наибольшем диаметре не должна превышать 30 -35 верст, при размещении врачебных пунктов с таким расчетом, чтобы расстояние от них до самых отдаленных селений участка было не больше 15--17 верст" (*Русская Земская Медиц*., стр. 222). Московское земство не только выработало, но ввело планомерно сеть лечебниц. причем считало что „операционная (40 кв. арш.) есть необходимая принадлежность каждой лечебницы" (стр. 264).

Тут как раз и сказывается стремление к энциклопедичности врачей. Если каждая лечебница должна иметь операционную, то предполагается, что каждый врач должен быть и хирургом. Это, конечно, неосуществимо. Вот почему приходилось прибавлять, что „осо-

бых врачей-специалистов земство не имеет (кроме санитарных врачей и врачей психиатров). Однако, земские лечебницы, в особенности не очень отдаленные от Москвы, нередко пользуются консультацией столичных специалистов и представителей университетских клиник" (стр 271).

Врачи Московского земства выработали свою номенклатуру болезней в интересах, конечно, статистики. Я далек от мысли оспаривать значение номенклатуры вообще, но должен заметить по поводу номенклатуры Московского земства (1897 г.), что в ней заметно отсутствие влияния хирургов-специалистов. Непонятно для меня, как для хирурга, отсутствие septicaemiae, при наличности в номенклатуре пиэмии. Непонятно, что в группе туберкулеза отсутствует отдельное упоминание о страданий позвоночника, когда спондилит, да еще с холодным нарывом, имеется среди заболеваний костей. Очевидно, такое положение вещей не в интересах статистики. Среди заболеваний костей и суставов отсутствуют напр. статические искривления коленных суставов. Среди „болезней кожи и подкожной клетчатки" нет частого гнойного воспаления потовых желез подмышечной впадины. Среди новообразований бросается в глаза недостаток лимфангиом. Среди травматических повреждений недостает ранений сосудов и нервных стволов и т. д.

Я сделал некоторые замечания вовсе не для того, чтобы бросить упрек по адресу почтенного Московского земства. С исторической точки зрения, приведенные недостатки характеризуют то, что я говорил, что в земствах вообще хирургия—как специальность—не пользовалась особым почетом. А между тем, как историческая необходимость, она развивалась и, наконец, пышно распустилась. Как раз эта сторона дела меня особенно и интересует.

В моем распоряжении имеются две небольшие брошюрки: одна из них принадлежит перу *К. В. Караффа-Корбут* (*„К истории литотомии в России"*, *Петербург*, 1907 *г.*), другая *В. К. Трофимову* (*„Прошлое, настоящее и задачи в будущем хирург. отделения больницы Пензенского губерн. земства"*, ве-

роятно, 1909 г.). Первый говорит о Л. Я. Крассовском, который с 1864 по 1873 г. в Саратовской земской больнице произвел 168 литотомий с общей смертностью 21,4% со смертностью от перитонита 12, 5%. Второй говорит об известном — Д. Владимирове, который в Пензенской губернской больнице, в промежуток времени от 1875 г. по 1886 г., произвел 439 промежностных камнесечения. Из этих, пока совсем единичных фактов, явствует, до какой степени народонаселение нуждалось в специально хирургической помощи. Трофимов говорит, что „в отчете о состоянии общественного здравия за 1857 г.“ в Пензе уже „упоминается о 40 камнесечениях“.

Само собой разумеется, приведенные данные только слабые штрихи того начала земской хирургии, которая постепенно развилась в мощный отдел русской хирургии. Чтобы судить об этом развитии, думаю, можно воспользоваться „трудами Пироговских съездов“. Уже на первых съездах начали выступать земские хирурги, но они подавлялись количеством докладов академической, университетской хирургии. На 9-ом съезде заговорили земские хирурги и заговорили по поводу радикального грыжесечения.

К. Г. Хрущев (Касторное, Воронежской губернии) сделал сообщение „о радикальной операции грыж и отдаленных результатах ее“, при чем в основу доклада положено 310 грыжесечений, сделанных за последние 5 лет. % смертности от радикального грыжесечения равен 0,6%. А. Н. Сатрапинский говорил о „200 случаях радикального грыжесечения паховых и бедренных грыж, произведенных в Мелекесской земской больнице Ставропольского уезда, Самарской губернии“. Рядом с этим он привел статистику вообще движения операций по пятилетиям:

1886—1890 . .	438 операций
1891—1895 . .	1088 операций
1896—1900	2431 операция

Интереснее всего, что „Мелекесская земская больница на 30 кроватей, имеет одно старое здание для больных, как терапевтических, так и хирургических, отдельное здание для заразных больных, родильный приют и отдельное операционное здание. Медицинский персонал: два врача, три фельдшера и 2 фельдшерицы-акушерки. Количество амбулаторных посещений за последние 5 лет с 1896 по 1900 в среднем 32.000 в год, количество коечных больных около 1000 в год, число операций на коечных больных в среднем за год 300".

Какую нужно иметь железную энергию, какой энтузиазм в работе, чтобы в старом здании больницы на 30 коек довести количество операций на стационарных больных до 300 в год?!.

Рядом с этим С. И. Спасокукоцкий представил „отчет о 600 грыжесечениях в Смоленской губернской земской больнице за 1898—1903 г. г.". И. Хр. Дзирне из Самарской губернской земской больницы докладывал „краткие статистические данные о 500 радикальных операциях паховых и бедренных грыж". Наконец, из Нижнетагильской земской больницы Д. П. Кузнецкий сообщил о 259 случаях грыжесечений, произведенных за 4 последние года.

Случилось то, что должно было случиться: хирургия из университетских центров, не взирая на теоретические рассуждения о полезности энциклопедичности, хирургия—как специальность—широкими кругами распространялась по поверхности России; убеждаясь в прекрасных исходах операций, деревенское народонаселение все больше и больше стало прибегать к помощи хирургов. Хирургические земские статистики быстро росли, перегоняя столичные. Одним из первых Пирогов доказал своим личным опытом, до какой степени специальная хирургическая помощь нужна деревне. Земские хирурги подтвердили факт, установленный Пироговым, развили хирурги че-

скую помощь. Такая громадная страна, страна с таким огромным народонаселением, должна иметь большие хирургические статистики. Эти статистики начали появляться со стороны земских хирургов, но еще не дошли до того уровня, которого им надлежит достигнуть в будущем.

Данные, приведенные Сатрапинским, чрезвычайно характерны для роста хирургической деятельности среди деревенского народонаселения. Эти данные подтверждаются и иным путем. В цитированной мною брошюрке Трофимова приведены цифровые данные о количестве операций в хирургических отделениях губернских земских больниц.

1903 г.

Херсон	176	опер.
Рязань	196	
Кременчуг	247	„
Владимир	335	„
Тула	462	„
Пермь	591	„
Пенза	698	„

1904 г.

Н. Новгород	476	„
Пермь	516	„
Пенза	532	„

1907 г.

Саратов	402	„
Н. Новгород	482	„
Кострома, вместе с гинеколог.	610	опер.
Пенза	837	„

Наконец, 1908 г.

Вологда	304	„
Псков	366	„
Кишинев	428	„
Владимир	435	„
Кострома, с гинекол.	511	„
Н. Новгород	564	„
Симферополь	619	„
Саратов	690	„
Смоленск	352	„
Пенза	876	„
Самара	1543	„

Из приведенных цифр видно, как постепенно и сравнительно быстро росло количество операций в губернских земских больницах. Не могу не напомнить, что не только грыжесечения, но и камнесечения в руках земских хирургов давали статистики с сотнями собственных наблюдений (*Трофимов. К вопросу о глухом шве мочевого пузыря. Диссерт. Петербург*, 1909 г.).

Можно подумать, что большие цифры операций, производимых в земских больницах, покоются на

производстве мелких операций. Это не совсем так. Трофимов дал таблицу операций, произведенных в губернских земских больницах, при чем говорил о больших операциях, куда причислял: чревосечения, грыжесечения и высокие сечения мочевого пузыря. Вот эти данные:

Псков	40	Саратов	176
Кишинев	63	Ниж. Новгород	205
Кострома	74	Пенза	208
Вологда	103	Смоленск	367
Владимир	129	Самара	523
Симферополь	141		

Совершенно очевидно, что размах хирургической деятельности чрезвычайно быстро увеличивался. На 11 Пироговском съезде врачей Хрущев (Касторное, Воронежской губ.) и Спасокукоцкий (Смоленская губ. земская больница)—1904 г.—заговорили о желудочно-кишечных соустиях. Особенно характерен был доклад Спасокукоцкого. Он говорил так:

„Дорогие товарищи. Мой доклад, который я представляю на ваш суд, имеет темой „операцию G. E. в практике земских больниц". Я хочу поставить на ваше решение вопрос, законна ли и допустима ли эта операция в земских больницах, почему позволю себе говорить лишь в общем смысле, не прибегая к подробностям, не затрогивая деталей и вопросов техники.

Выступая с подобным докладом, я позволяю себе задать такой вопрос потому, что мне лично не раз он приходил на ум в начале моей деятельности и приходит до сих пор, хотя я имею за собой 10 лет врачебной практики и 6 лет работы в Смоленской городской земской больнице.

Мой материал обнимает 81 случай.

1) Есть ли в населении широкая потребность в производстве этой операции, 2) требует ли эта потребность настоятельного удовлетворения, 3) возможно ли выполнение операции в земской больнице, 4) оправдывают ли результаты решимость работников, т. е. законна ли операция в земской практике

Лично я с товарищами по больнице разработал эту задачу:

В 1898 г. я сделал лишь . 1 опер.
В 1899 г. . . 2 „
В 1900 г. . . 5
В 1901 г. . . . . 8 „

Лишь после 4 лет работы мы позволили себе решить все вопросы утвердительно и приступить к более широкой деятельности В 1902 г. я сделал 35 операций, в 1903- 30".

„На 81 случай мы получили 10 смертей, что составляет 12,3%".

„Не вхожу в подробный анализ причин смерти и отмечаю следующую коренную разницу: 9 смертей падают на 41 случай злокачественного поражения желудка и лишь 1 на 40 доброкачественных, т. е. 22% против 2,5%"...

Рядом со Спасокукоцким за последние два года (до 1904 г.) Хрущев произвел 50 операций G. E. с % смертности при доброкачественных сужениях 0 и при злокачественных—33,3%. Таким образом такая сравнительно сложная операция нашла себе применение в земской хирургии. Если ответ на вопрос Спасокукоцкого со стороны представителей академической, университетской хирургии был положителен, то положительным ответ был по самим исходам оперативного вмешательства. 2,2% и 0% смертности после G. E. по поводу доброкачественных сужений привратника—это такой результат, которому и до сих пор можно только позавидовать. Очевидно, что некоторые земские хирурги овладели в совершенстве техникой производства крупных операций.

Земская хирургия выдвинула целый ряд выдающихся хирургов-практиков. Среди них нельзя не отметить одного из старейших земцев—П. В. Кузнецкого, который создал хирургию в Нижне-Тагиле. Он был избран почетным членом Русского Хирургического Общества Пирогова. Его сын, первоначально обучившийся практической хирургии у своего отца, затем перебрался в Петербург, в клинику проф. Ѳе-

дорова и в конце концов получил кафедру хирургии в Екатеринбурге. Фигура П. В. Кузнецкого так крупна, что я не могу обойти его молчанием.

„Доктор медицины honoris causa Казанского университета Петр Васильевич Кузнецкий родился в Вольске Саратовской губ., в 1845 году. В 1865 г. окончил курс в Саратовской гимназии, в 1871 г. окончил Казанский университет со степенью лекаря. В том же году 22-го августа был приглашен в Верхотурское земство для приготовления фельдшеров при Нижне-Тагильском заводском госпитале. где, совместно с д-ром медицины А. В. Рудановским, работал до 1884 г. (в заводском госпитале были земские кровати). За это время больных там лежало 5041 и принято приходящих 151.202, сделано операций 1.169, в том числе: овариотомий 96, (первая 6-го ноября 1876 г); гистеротомий - 9 (надвлагалищная ампутация матки при фиброме); одна опухоль, кисто-фиброма, весившая 108 фунтов, хранится в патолого-анатомическом кабинете Казанского университета; чревосечений при внематочной беременности 2; при одной получен литопедион, хранящийся в том же кабинете; чревосечений при болезнях печени, селезенки и т. д. 5; грыжесечений 10; отнятия бедра 38; голени 36; стопы 44; плеча и предплечия 24; камнесечений (промежностных) 18; извлечений катаррakт 277; горлосечений 52; резекций 57 и т. д. Земская больница открыта в ноябре 1884 г. и с тех пор в нее была перенесена деятельность П. В. Кузнецкого. С этого времени по январь 1895 г. в больнице лежало 8.497 больных и принято приходящих 122.245; операций произведено 1.476, в том числе: иссечений зоба 9; горлосечений 12; камнесечений высоких 15; грыжесечений 5; резекций нижней челюсти 19 и верхней 8; иссечений матки 18 и маточных полипов 19; выскабливаний матки, водянки яичка, уретротомий и пр. 253; акушерских операций 90 и т. д. Сделаны сообщения: 1) герметическая гипсовая повязка с камфарным спиртом, 2) овариотомия при беременности, 3) к казуистике гистеротомии, 4) чревосечение при внематочной беременности, 5) случай колоссальной доброкачественной опухоли мочевого пузыря (совместно с д-ром Д. П. Кузнецким. *Русск. Хирург. Архив 1905 г.,*

кн. 37)"... „Под руководством и председательством П. В Кузнецкого с 1882 по 1892 г. состоялось 10 съездов врачей земских и заводских для обсуждения устройства земской медицины и решения различных санитарных вопросов. В 1899 г единогласно советом Казанского университета удостоен степени доктора медицины". (*Протоколы заседания Русск. Хирург. Общества Пирогова 1910—11 г. г.*).

Биография П. В. Кузнецкого ясно показывает, какова была работа пионеров земской хирургии. Выдающаяся его деятельность достойно оценена была и Казанским университетом, и Русским Хирургическим Обществом Пирогова. Однако, как показывает мое изложение, Кузнецкий был не один. Выдвинулся ряд других прекрасных земских хирургов. Некоторые из них получили кафедры хирургии. Напомню, что проф. Дьяконов вышел из земских врачей. Проф. Спасокукоцкий получил кафедру в Саратовском университете, как выдающийся хирург-земец.

Пирогов ушел из профессуры полный сил. Его работа в Вишне поразительна по своим результатам до-антисептического периода. Выдающиеся земские хирурги — Владимиров, Крассовский начали свою работу также в до-антисептический период и получали сравнительно недурные результаты. Период антисептики и асептики, давший возможность широко развернуться университетской хирургии, дал не меньшую возможность развить деятельность и земским хирургам. С большими затруднениями, но они шли к разрешению той задачи — приближения хирургической помощи к деревенскому народонаселению, которая должна быть разрешена. Пирогов начал ее разрешать, ряд земских хирургов продолжал его дело — потому и земские хирурги должны считаться в школе Пирогова. Пирогов связал университетскую, академическую хирургию с земской. Связь дальше устанавливалась на Пироговских съездах. Связь наконец укрепилась на

съездах Российских Хирургов. Именно эти съезды надстраивали собой солидное здание русской хирургии. Инициатива организации съездов принадлежит московским хирургам.

В начале 19-го столетия Медико-Хирургическая Академия в Петербурге наметила пути развития преподавания хирургии, предопределила кафедры хирургии. В конце 19-го столетия Московский медицинский факультет сьорганизовал хирургическое общество, а при восходе 20-го столетия объединил работу всех хирургов России.

ГЛАВА X.

Съезды Российских Хирургов.

Первый съезд Российских Хирургов состоялся в Москве, в 1900 году, от 28 по 30 декабря. „28 декабря 1900 г., в 9 ч. утра председатель организационного комитета П. И. Дьяконов объявил 1-ый съезд Общества Российских Хирургов открытым и обратился к собранию с следующими словами:

„Высокоуважаемое Собрание! Нынешний день не останется незаметным в истории русской хирургии. Побуждаемые стремлением к единению на научной почве, Вы собрались сюда с разных концов земли Русской, презирая дальность расстояний и другие неудобства путешествия. Вы привезли с собой результаты Вашего богатого опыта и данные, к которым Вас привела неутомимая деятельность научной мысли. Такое собрание является лучшим выражением пышного расцвета хирургии в нашем отечестве. Теперь ясно, что прошли времена, когда образованный и искусный хирург был редким явлением в России, прошел и следующий период, в который отдельные представители нашей специальности сознавали недостаточность сил и способностей одного человека для достойного служения нашей науке и искали удовлетворения своей жажде к совместной разработке научных вопросов в посещении иностранных хирургических съездов. Да, мы пережили время, когда Русский ученый для составления ученого труда обязан был ехать в заграничную клинику или лабораторию, когда статья его, чтобы быть известной, должна была появиться в заграничном издании, когда научное общение хирургов было мыслимо только за границей;— и как создание своих ученых институтов придало

русским научным исследованиям необходимую для всякого ученого труда печать самобытного оригинального творчества, так и возникающие ныне съезды хирургов поведут к образованию Русской хирургической школы" (*I-ый съезд Росс. Хирург. Москва, 1901 г, стр. 7*).

„Мысль об устройстве Русских Хирургических съездов впервые была высказана", продолжает Дьяконов: „10 лет тому назад многоуважаемым сочленом Н. В. Склифоссовским, но в это время она не нашла себе достаточного отклика, и лишь года через 4, а именно в начале 1894 г., несколько Московских хирургов, в большинстве—члены Хирургического Общества в Москве, вновь выдвинули вопрос о съездах и обсудили главные основания этого дела".

„Хирургическое Общество, в своем стремлении к развитию научной хирургии, задалось в последнее время, по инициативе проф. П. И. Дьяконова, вопросом об устройстве периодических съездов русских хирургов. В заседании 6 апр. 1894 г. вопрос этот был единогласно решен в утвердительном смысле: была избрана комиссия из П. И. Дьяконова, А. А. Боброва и А. П. Александрова для составления проекта устава русских хирургических съездов". Так рассказывает о возникновении съездов *Стуковенков* (*Жизнь Хирург. Общест. в Москве за истекшие 25 лет. Летопись Хирургическ. Общест. в Москве, 1898 г. стр. 106*).

В конечном итоге инициатива созвания, создания съездов исходила от двух видных хирургов—проф. И. В. Склифоссовского и проф. П. И. Дьяконова. Мы видели, что оба эти хирурга были уже озабочены развитием русской хирургической периодической печати. Оба они стремились и к дальнейшему—к объединению хирургов на почве научно-практической работы.

„Противники специальных съездов полагали", пишет *Дьяконов*: „что такие съезды не могут существовать одновременно с общеврачебными без ущерба

для тех или других, при чем им почему то казалось, что пострадать должны не вновь нарождающиеся собрания хирургов, а имеющие под собой прочную основу и пользующиеся всеобщим сочувствием Пироговские съезды. Шли годы, и беспристрастное и всестороннее изучение вопроса показало как раз противное, а именно что съезды специальные и общеврачебные, как имеющие различные задачи, не только могут жить вместе, но между ними возможно даже обоюдно полезное взаимодействие, и что не так мы богаты учреждениями, необходимыми для прогресса науки, чтобы одно из них вытеснялось другим" (стр. 8).

Прежде чем излагать историю съездов, скажу несколько слов о кончине проф. Дьяконова. 8-ой съезд Российских Хирургов состоялся в 1908 году. Проф. Н. М. Волкович, председатель съезда, прочел приветствие от Дьяконова. Это было 19-го декабря. Дьяконов лежал больной. Съезд сейчас же отправил Дьяконову соболезнование. На него Дьяконов отвечал так:

„Нет слов выразить, как тяжело, что в то время, как в Москве кипит научная жизнь, я бессильный и беспомощный должен оставаться прикованным к постели. Трогательное приветствие, полученное мною от Съезда и подписанное славными именами проф. Волковича и д-ра Зильберберга, лучше всякого лекарства внушает веру в выздоровление. Оно возбуждает надежду, что скоро вновь стану я в ряды и остаток дней своих и все силы свои посвящу развитию дорогой хирургической науки. Да процветут Съезды Российских Хирургов. Москва, 20 декабря, 1908 г. Проф. П. И. Дьяконов".

Ответ Дьяконова дышет энергией и надеждой, а между тем это ответ умирающего человека. 21 декабря, в 10 ч. утра он скончался. Умер большой человек, выдающийся хирург, умер инициатор съездов, умер во время съезда.

Думаю, что не может не обратить на себя внимания следующее обстоятельство: до сих пор мы

встречались с „Русским Хирургическим Обществом" в Петербурге, с „Обществом Русских Хирургов" в Москве, а тут вдруг возникло „Общество Российских Хирургов". Очевидно, в названии скрыт какой-то смысл. Да, в названии Общества—„Обществом Российских Хирургов" заложен глубокий исторический смысл.

На протяжении 18-го столетия иностранцы, особенно германская партия, всячески старались принизить, поработить русского врача. Я излагал в первой части сочинения, как германская партия старалась захватить все наиболее ответственные врачебные должности, как германская партия сопротивлялась введению в России права присуждения степени доктора медицины, как принижались и даже стирались с лица земли выдающиеся русские молодые врачебные силы. Такая линия поведения влекла за собой сопротивление и, когда настал момент, обратное наступление. Даже Пирогову, - этому гениальному человеку с колоссальной энергией,—поддерживаемому германской партией в конференции медико-хирургической Академии—не удавалось часто проводить на кафедры своих кандидатов-немцев. Пирогов терпел часто поражения. Когда в конференции появился другой русский гений—С. П. Боткин, то он, поддерживаемый русской партией профессоров, от обороны перешел в наступление.

Существует рассказ, и он держится до сих пор довольно упорно, что конференция мед.-хирург. Академии однажды, при замещении вакантной кафедры хирургии, предпочла знаменитому Эрнесту Бергману сравнительно мало значущего хирурга. Просмотрев истории хирургических кафедр в Академии, я однако не нашел таких фактических данных, которые удостоверяли бы истинность случившегося. На основании документальных данных я могу прежде всего сообщить следующее: когда умер проф. Коломнин, покончив жизнь самоубийством из-за неудачи операции, когда его кафедра Академической Хирургической Клиники была объявлена вакантной, то на эту кафедру начальником Академии Быковым был предложен Бергман. Однако, последний отказался занять кафедру. Так как вопрос этот исторически очень инте

ресен, то приведу выдержки из протоколов конференции, относящиеся сюда.

„Заседание конференции 12 ноября 1886 г." С. П. Боткин и Е. И. Богдановский в это время участвовали в конференции. „Начальник академии заявил: к крайнему прискорбию, я должен открыть сегодняшнее заседание сообщением конференции о горестном событии глубокоуважаемый товарищ наш С. П. Коломнин найден вчера утром застрелившимся из револьвера в своей квартире"... „Начальник академии объявил кафедру академической хирургической клиники вакантною и просил представить кандидатов в двух-недельный срок". „Заседание конференции 29 ноября... Начальник академии заявил, что кандидатами на кафедру академической хирургической клиники представлены: приват-доцент Бельцов,—профессорами Чудновским и Богдановским; приват-доцент Павлов—проф. Славянским, Доброславиным, Сущинским и Кошлаковым; экстра ординарн. профес. при Московском университете Кузьмин—профессором Богдановским. Начальник академии заявил также, что он просил телеграммой берлинского профессора Бергмана, уроженца России, изъявить согласие на занятие вакантной кафедры. Полученный от Бергмана ответ: „werde für hohe Ehre schriftlich danken" заставляет предполагать отказ". В дальнейших протоколах заседаний конференции разговора о письме Бергмана нет. Очевидно, оно было получено начальником академии, но не доложено. В биографии Бергмана, составленной Buchholtz'ом „Ernst von Bergmann" (Leipzig. 1911) по поводу приглашения Бергмана в Россию, сказано следующее: „за несколько дней до Рождества 1898 г... Бергман совершил путешествие в Петербург, как представитель Берлинского университета на праздник столетнего юбилея импер. военно-мед. Академии, которая прежде называлась медико-хирург. Академией: последняя однажды хотела его иметь в составе своих учителей. За несколько лет до путешествия, когда Бергман был уже в Берлине (1886), было преодолено предубеждение против немецкого имени и немецкого образа мысли и его хотели призвать в Россию, при чем, как об этом поставило его в известность русское посольство в Берлине, денег бы не щадили. Положение, которое ему предлагали было на самом деле блестяще. Петербургский университет не имеет медицинского фа

культета. Вместо него военное министерство содержит воен.-мед. Академию. Клиника, в которой обучаются хирургии оставленные и прикомандированные военные врачи, с тех пор, как Козлов хотел сделать в ней профессором своего юного друга (Бергмана?), сильнейшим образом развилась и превратилась в Институт, отвечающий всем современным научным требованиям. Средства для этого взялись из собственности единственного лейб-медика Александра I-го Виллие, который, по зову царя, приехал из Эдинбурга в Петербург, чтобы организовать санитарную часть русской армии. Настолько же образованный, насколько и выдающийся врач завещал академической клинике свое большое состояние с тем условием, чтобы оно много лет лежало и нарастало в государственном банке и в конце концов могло бы быть использовано для постройки образцового института клинической хирургии. Таким образом возникло новое и роскошно устроенное заведение—как его назвали клиника Виллие. Ведение его предложили Пирогову. Когда он отказался, расположенные к Бергману высокопоставленные лица, как вел. князь Николай Николаевич, велик. княгиня Екатерина, а также и Пирогов хотели призвать Бергмана в качестве директора заведения; однако к своему счастью, как думает сам Бергман, он тогда не был призван. Хирург, который был назначен вместо него, был излюбленный врач, хороший, честный человек, но не дорос до своего трудного поста: коллеги и ученики не доверяли ему, аудитория пустовала, не прекращались жалобы и доносы. После его самоубийства военный министр генерал-адъютант Ванновский приложил все старания заполучить выдающегося клинического учителя. Русская военная поездка Бергмана 1877 г., его, обсуждавшаяся во всем мире, деятельность на перевязочных пунктах и госпиталях Румынии напомнили об нем. Но для пения русских сирен уши его были закрыты. Неужели они всерьез думали, что он захочет променять Берлин на Петербург" (стр. 529—530).

Вот изложение истории отношений Бергмана к Академии, со слов Buchholtz'а. Отсюда ясно, что в 1886 г. Бергман на самом деле отказался от кафедры академ. хирург. клиники. Это вполне совпадает с протоколами конференции, мною выше приведенными. Но оказывается, что Бергман и раньше предназначался на пост директора хирургической клиники, ко-

торую занял Коломнин. Несмотря на поддержку великих князей и Пирогова, кафедру получил не Бергман, а Коломнин. Это было в 1879 г. Конечно, Коломнин, не Бергман, но все-таки отзыв о Коломнине биографа Бергмана — Buchholtz'a — грешит против истины: Коломнин был выдающимся хирургом, одним из пионеров антисептики в России. Совершенно очевидно, что, так сказать, отвод Бергмана произошел по соображениям национального характера. Нужно думать, что для Бергмана этот „отвод" был на самом деле счастьем, ибо он получил кафедру в Берлине и, конечно, со стороны большинства даже русских врачей того времени не пользовался бы такой популярностью, будучи в Академии, какой он пользовался, как профессор Берлинского университета. С исторической точки зрения не лишен интереса тот факт, что Бергман в 1879 г. сам не отказывался от чести работать в военно-медицинской Академии.

История с устранением Бергмана от профессуры в Академии служит кульминационным пунктом наступления русской партии профессоров против немецкой. В интересах национальности пожертвовали лучшим кандидатом—Бергманом и предпочли худшего—Коломнина, хотя и Коломнин, еще раз повторяю, представлял собой выдающегося хирурга. Как бы то ни было, к началу 20-го столетия шовинистические страсти борьбы улеглись. Съезды хирургов России должны были объединить всех хирургов, работающих в России, не зависимо от их национальности. Учредители създов в основание положили правильную мысль о необходимости сплотить, объединить всех хирургов: будет ли хирург русского происхождения, немецкого, еврейского и т. д.—он желанный член хирургических съездов. Вот почему съезды названы были „Съездами Российских Хирургов".

Как было видно из прошлого изложения, в истории развития русской хирургии главное значение принадлежало: 1) академической, университетской хирургии, 2) земской хирургии. Это обстоятельство не было забыто хирургическими съездами: сразу было решено,

что председательское кресло на съездах должно в виде правила принадлежать представителю университетской академической хирургии; место товарища председателя — земскому хирургу. Такое положение вошло в традицию, и эту традицию нужно считать исторически совершенно правильной. До революции было 14 съездов хирургов; последний из них протекал от 16 по 19 декабря 1916 г. Чтобы осветить фактами вопрос о том, кто был председателем и товарищем председателя на съездах, я перечислю и тех, и других в порядке съездов. Сначала приведу перечень председателей, затем перечень товарищей председателя.

Проф. Склифоссовский, проф. Разумовский, проф. Разумовский, проф. Цеге-ф.-Мантейфель, проф. Субботин, проф. Сапежко, проф. Дьяконов, проф. Волкович, проф. Өедоров, проф. Спижарный, проф. Вреден, проф. Вельяминов, проф. Алексинский.

Товарищи председателя: Богаевский (Кременчуг), Козловский (Смела), Орлов (Московская губ.), Кузнецкий (Нижне-Тагильск), Юневич (Елизаветград), Гаген-Торн, О. Э. (Петербург. губ.), Смирнов (С.-Петербург), Зильберберг (Одесса), Спасокукоцкий (Саратов), Залога (Серпухов), Абражанов (Полтава), Окиншевич (Баку), Красинцев (Калуга).

Первый же съезд хирургов оказался чрезвычайно продуктивным: съехалось 220 участников, было заявлено 75 докладов. На 10-ом съезде количество участников достигло 275, количество докладов несколько упало — 52. За то к 14 съезду количество докладов возрасло до 107. Уже на первом съезде было затронуто большое количество вопросов практической хирургии: и аппендицит, и грыжи, и камни пузыря, и зоб и т. д. Но со второго съезда работа пошла более планомерно, т. к. прежде всего заслушивались так называемые „програмные вопросы". Как раз по програмным вопросам можно судить, что особенно интересовало русских хирургов в определенный промежуток времени.

На втором съезде было выдвинуто 2 програмных вопроса: 1) распознавание и лечение хирургических заболеваний почек, 2) показания к операции гастроэнтеростомии; способы производства ее и результаты. По первому вопросу было заслушано 6 докладов, по второму 4. Во главе первых стояло сообщение С. П. Федорова—тогда еще ассистента Боброва: „Значение функциональной способности почки для диагностики хирургических заболеваний этого органа"; во главе вторых значился доклад Козловского (Смела): „Показания к гастроэнтеростомии". К третьему съезду количество програмных вопросов возрасло.— Здесь находим:

1) О средствах борьбы с хирургическим туберкулезом, 2) О послеоперационной пнеймонии, 3) О желчно каменной болезни, 4) О пришивании почек (обработка собранной Правлением казуистики), 5) Обширные резекции ребер для уничтожения полости после эмпиемы (обработка собранной Правлением казуистики).

Особого внимания заслуживают два последних сообщения, как итог деятельности российских хирургов. Напалков говорит об „обширных иссечениях ребер". „Правление общества российских хирургов получило 64 карточки об операциях обширного иссечения ребер". „По времени производства на 80-ые годы (начиная с 1883 г.) приходится 7 операций, на 90-е— 26 операций и на 1900—1902 г. приходится 20 операций". „После операции в 19 случаях наступило полное заживление, в 38 случаях остались свищи и в 7 случаях последовала смерть". Как видно отсюда, казуистика широкого иссечения ребер не была очень богатой. Касательно пришивания почек сообщал Мартынов. „Всего в распоряжение докладчика поступило 74 карточки". Опять таки количество операций сравнительно незначительное. Смерть последовала после операции у 2 больных.

Для 4-го съезда програмными вопросами были намечены такие: 1) О хирургической бугорчатке вообще и о бугорчатке костей и суставов в особенности, 2) О непроходимости кишечника, 3) Хирургическое лечение ущемленных грыж вообще и осложненных флегмоной в частности. 4) Об отдаленных результатах операций на нервах по поводу невралгий, 5) О выработке классификации хирургических заболеваний и формы отчетов больничных учреждений. Третий вопрос остался без докладчика. По первому, второму, четвертому и пятому выступили крупные докладчики: проф. Волкович, Н. Н. Петров, Арапов, Земацкий, Горохов, Гаген-Торн (о туберкулезе). Как ни интересны все эти доклады, но особенно оригинальным нужно считать сообщение проф. Земацкого. В прениях против Земацкого, и только отчасти возражал Зеренин. Тем не менее взгляд Земацкого на натечные абсцессы до такой степени оригинален, что на нем стоит остановиться.

„Бугорок селится на внутренней поверхности лимфатического сосуда и понемногу производит разрушение тонкой стенки сосуда. Образуется usura стенки. Стенка прогрызается бугорком. Образуется в ней щель. Через эту щель начинает сочиться лимфа, притекающая из периферических отделов сосуда, и сочится она в межтканевые промежутки, расслаивая фасции и мышцы. По силе тяжести, опускается вниз, и таким образом рождается холодный, бугорчатый нарыв или гнойник".

...„Если эта гипотеза верна, то холодный гнойник есть ни что иное, как aneurysma dissecans лимфатического сосуда. Это есть лимфоскопление, это есть—внутреннее лимфонстечение, т. е. lymphorrhexis или lymphorrhoea, но не нагноение... и ни как не нарыв"

Гипотеза Земацкого и до настоящего времени остается гипотезой, но она заслуживает внимания с исторической точки зрения, как попытка объяснить развитие натечного нарыва особым образом. Рядом

с таким взглядом Земацкого нужно поставить пропаганду Волковичем иссекать пораженные туберкулезом суставы „без вскрытия его полости, т. е. en bloc и внесумочно". Наконец, нужно положительно оттенить данные Н. Н. Петрова, по которым: „ни артериальная гиперемия (перерезка симпат. нерва), ни венозный застой (перевязка вены), ни гиперемия, связанная с трофическими расстройствами (перерезка седалищного нерва)—не оказались достаточными, чтобы обусловить преимущественную локализацию бугорчатки. Только высшая степень расстройства кровообращения—разрыв сосудов с последующим кровоизлиянием повидимому действительно располагают к местной локализации бугорчатки".

По вопросу о кишечной непроходимости выступили такие знатоки дела, как Цеге-Мантейфель, Цейдлер, Красинцев. Обширный доклад о классификации хирургических болезней и отчетности хирургических учреждений сделал Дьяконов. Само собой разумеется, я не могу входить в оценку всех этих докладов, ибо по каждому из них пришлось бы говорить очень много. Замечу только, что Дьяконов, от имени комиссии, заявил, что „нам кажется своевременным и желательным заменить латинские названия в медицине русскими. Медицинская латынь не имеет ничего общего с языком классиков. Особенно неудачны многие вновь составленные слова".

На самом деле комиссия представила номенклатуру заболеваний, но в этой номенклатуре значатся: „фимоз", „гермафродитизм", „травматические неврозы"; „флегмона". „лимфангоит", „лимфаденит", „артериосклероз"; „эпидемический паротит" и т. д. Одним словом, комиссии не удалось вывести латинские названия. До сих пор не разрешен еще вопрос: стоит ли их выводить? Ряд хотя бы перечисленных названий, каждое из которых, при желании, может быть заменено русским, быть может, на первое время не всегда хорошо звучащим, так вкоренился, что едва ли стоит себе ставить задачей искоренение их. Опыт

покойного проф. В. А. Манассеина—редактора „Врача“ и почтенного С. В. Владиславлева - редактора „Русского Врача“ — с искоренением иностранных слов не приводил всегда к хорошим результатам. Иногда создавались названия, более, так сказать, неказистые, чем прежние иностранные. Впрочем, это дело взглядов. Как историк, я должен отметить стремление к уничтожению иностранных терминов не только в обще-медицинской прессе, но и специально в хирургической номенклатуре.

На 5-ом съезде програмными вопросами были: 1) обширные иссечения ребер для уничтожения полости после эмпием, 2) о послеоперационной пневмонии, 3) о пришивании почки.

„Прошедший съезд“, говорится в докладе съезду проф. Ф. А. Рейна: „не дал нам новых програмных вопросов; в качестве таковых были им поставлены три темы, бывшие на 3-ем Съезде...... вопросы статистического характера, собирание материала по которым путем разосланных опросных карточек взяли на себя: С. Ф. Дерюжинский, Н. И. Напалков и А. В. Мартынов. Из них А. В Мартынов поставлен в необходимость отказаться от доклада на настоящем съезде в виду отсутствия материала“.

Следовательно, на 5-ом съезде опять всплыли вопросы третьего съезда, которые тогда дали скудный материал. Мартынов по пришиванию почек не получил никакого материала, Напалков „после 3-го съезда получил еще 15 карточек со сведениями об операции обширного иссечения ребер, так что составилось общее число 79 наблюдений“. Дерюжинский „имел честь заявить, что за два года он получил всего 2 карточки от д-ра Гренкова, и он же прислал заявление еще о 3-ем случае послеоперационной пневмонии“. Хотя прения после доклада Дерюжинского были довольно оживленны (Синицын, Сапежко, Варнек, Гаген-Торн, Михалкин, Чупров, Залога, Березкин, Ануфриев, Фабрикант, Спижарный), при чем ораторы-хирурги удостоверяли, что они видели после-

операционные пнеймонии и боролись с ними, тем не менее ясно стало, до какой степени трудно в России собирать казуистики, делать сводку наблюдений. Российские хирурги оказались не очень отзывчивыми на статистические вопросы, которые сами себе ставили. За то докладов вообще было достаточно (30).

С 5-го по 6-ой съезды прошло 2 года: 6-ой съезд собрался в 1906 г. после прокатившейся по России волны революции. Председатель правления, проф. Рейн, открывая заседание, между прочим говорил так:

„Могучая волна освободительного движения, разлившаяся по всей земле русской, и возникшая на этой почве ожесточенная борьба, вот уже третий год терзающая нашу родину, нарушила также и правильное течение жизни нашего Общества: достопамятные для всей России и особенно для нас москвичей кровавые декабрьские дни прошлого года и введение вслед за этим чрезвычайной охраны настолько перевернули все жизненные условия в Москве, что Правление не сочло возможным собрать съезд в прошлом 1905 г.".

Програмными вопросами 6-го съезда были: 1) о лечении неосложненных переломов костей конечностей, 2) об иссечении гортани при новообразованиях ее, 3) о лечении ущемленных грыж (первичная и вторичная резекция кишки). Последний вопрос был програмным и для 4-го съезда. Тогда не было по нему докладчика. Волна революции несомненно освежила и съезды хирургов: по каждому из програмных вопросов были сделаны прекрасные и обширные доклады (по первому—Турнер, Александров, Гаген-Торн и Монастырев, по второму—Минц и Волкович, по третьему—Сарычев и Гаген-Торн). Доклады были основаны на личном большом опыте авторов. Минц напр. говорит об 11 больных, „оперированных им по поводу рака гортани", Волкович—о 24. На этом же съезде Венгловский сделал сообщение о

„срединных свищах и кистах шеи", основываясь на своих обширных исследованиях. Спижарный делал доклад о „pharyngotomia suprahyoidea", как операции совсем еще новой (предложена в 1895 г.). Гирголав выступил с применением „изолированного сальника в брюшной хирургии". О последнем докладе я упоминаю потому, что он на самом деле интересен, кроме того потому, что он свидетельствует, что в работы съездов начала втягиваться хирургическая молодежь, неся на суд съездов свои новые исследования.

На мой взгляд, 7-ой съезд среди протекших до него должен считаться самым блестящим. Первым его програмным вопросом стояла „диагностика почечных заболеваний". В сущности говоря, програмный вопрос был повторением вопроса 1-го съезда. И тогда, и теперь по програмному вопросу сообщал С. П. Өедоров. Но на первом сьезде он еще был ассистентом, теперь—уже профессором. Профессор Өедоров обставил свой доклад четырьмя содокладчиками, работавшими под его руководством, следовательно, широко обставил свой доклад, обставил его так, как еще доклады не обставлялись. Правда, и цистоскопия, и катетеризация мочеточников, и различные методы исследования функциональной деятельности почек (экспериментальная полиурия, индигокарминовая проба, флоридзиновая проба) пересажены к нам из Западной Европы, главным образом из Германии. Тем не менее широкая постановка дела изучения диагностики заболеваний почек, изучение функции мочеточников при изменении просвета его (Караффа-Корбут) давали много собственных данных и вносили некоторые новшевства.

Второй програмный вопрос—о спинно-мозговом обезболивании—по которому прежде всего высказался проф. Спижарный, вызвал, кроме Спижарного, 7 солидных докладов. Спинно-мозговому обезболиванию в России оказана таким образом большая честь.

Третьим програмным вопросом являлись „военно-полевые повреждения: а) сосудов, б) нервов и в) черепа". Во главе докладчиков стоял проф. Цеге-Мантейфель. Как раз теперь русские хирурги заговорили о способе Короткова определения силы коллатерального кровообращения, заговорили о том способе, который был совершенно нов, оригинален, крайне важен и интересен. Проф. Дьяконов сделал сообщение о „военно-полевых повреждениях черепа" на „основании сведений, собранных о 1068 раненых в череп". Позволю себе привести некоторые положения Дьяконова.

„5) Активное хирургическое пособие уместно при ранениях черепа в значительно большей степени, чем при ранениях других полостей тела. 6) Пули, оставшиеся в мозгу, должны быть извлекаемы; мягкие (лишенные кости) участки черепной коробки должны быть заделываемы пластической операцией. 7) Эвакуация больных, раненых в череп, в большинстве случаев опасна для них. Во всяком случае она должна производиться не только на основании соображений военного, но также, и еще в большей степени, врачебного свойства".

Если все приведенные положения имеют значение не только историческое, то последнее положение должно быть особенно подчеркнуто.

На этом же 7-ом съезде Вельяминов выступил со своей классификацией болезней суставов. За критерий классификации принята им этиология. В классификации нашло свое место и заболевание, описанное Вельяминовым под именем „polyarthritis thyreotoxica".

Вельяминов различает 6 основных групп заболеваний суставов: 1) травматические, 2) ревматические 3) при острых заразных заболеваниях. 4) при хронических заразных болезнях, 5) при болезнях питания, обмена и отравлениях—сюда и входит его форма polyarth. thyreotoxica. 6) невропатические. Большинство хирургов — Дьяконов, Цеге-Мантейфель, Спижар-

ный и Кадьян—сочувственно отнеслись к принципу классификации, но воздержались от детального ее обсуждения. Этиологический критерий для классификации заболеваний суставов на самом деле приемлем, но к сожалению до сих пор мы не знаем этиологии многих заболеваний. Вот почему окончательную классификацию с этиологической точки зрения дать очень трудно. Почему напр. артриты при Верльгофовой болезни нужно отнести к заболеваниям „при болезнях питания. обмена и отравления". неясно.

Если классификация Вельяминова и не есть последнее слово, которое должно остаться навсегда или по крайней мере надолго, которое должно быть принято, как руководящее, тем не менее она представляет собой интерес новизны, интерес, как попытка подойти к классификации с одним, вполне определенным критерием. Если прибавить сюда, что Спасокукоцкий говорил об операциях на желудке на основании 250 вмешательств, из коих было 29 резекций, то этим я могу закончить характеристику 7-го съезда. Думаю, что можно еще раз сказать, что этот съезд был пока наиболее блестящим.

На 8-ом съезде первым програмным вопросом стояла „хирургия передней брюшной стенки". Посыпались доклады с различными личными видоизменениями. Докладов на эту тему было 13. Вторым програмным вопросом была „гипертрофия предстательной железы". Эта тема вызвала 4 солидных доклада. По оригинальности мысли на 8-м съезде должен быть отмечен доклад Спасокукоцкого о завороте кишек, „как болезни голодного человека". На 8-ом же съезде Миротворцев представил сообщение о пересадке мочеточников, т. е. о способе лечения, главным образом в России разрабатывавшемся.

9-ый съезд прошел очень оживленно. На повестку дня прежде всего был поставлен боевой вопрос „о хурургическом лечении острого аппендицита". Влияние американских и германских хи-

ругов сказалось: Цейдлер выступил горячим защитником модного оперативного лечения аппендицита в горячем периоде". Начались горячие споры. Второй вопрос—„хирургическое лечение круглой язвы желудка и отдаленные его результаты", вопрос, обсуждавшийся совместно со съездом терапевтов, также сопровождался длинными дебатами. И понятно: деревенская Россия так богата была круглыми язвами желудка, что вопрос о ее лечении не мог не вызывать глубокого интереса.

10-ый съезд начался с обсуждения вопроса о лечении варикозных расширений вен и язв голени. Прекрасный основной доклад Напалкова и затем интереснейшее сообщение Гессе и Шаака о сафено-бедренном анастомозе Delbet. Вторым програмным докладом (совместно с терапевтами) явилась Базедова болезнь. Целый ряд интересных сообщений и обширные дебаты. Для истории русской хирургии важно, что на 10-ом съезде был поднят широко вопрос о внутривенном гедоналовом усыплении.

Как известно, внутривенное гедоналовое усыпление было предложено, на основании теоретических соображений, весьма серьезных, и после экспериментальной разработки вопроса, проф. Н. П. Кравковым. Впервые применил его в клинике проф. С. П. Өедоров (1904 г.). С легкой руки Өедорова, это усыпление начало быстро распространяться и наконец попало на обсуждение на хирургический съезд. Большая часть испытавших его хирургов высказывалась за его применение. Можно, конечно, различно относиться к гедоналовому усыплению, можно считать его более или менее удобным, по сравнению с другими методами общего усыпления, во всяком случае этот способ является изобретением русских ученых, нововведением, имеющим значение в развитии учения вообще об общих усыплениях.

11-ый съезд отличается с самого начала направлением экспериментально-научного характера. Про-

грамный вопрос —о пластике костей—был освещен Н. Н. Петровым, а затем Коцелло на основании экспериментальных исследований. Рядом с упомянутыми докладчиками, опять с экспериментальным исследованием, выступил Павлов-Сильванский. Само собой разумеется, такой вопрос, как пересадка костей, вызвал оживленные прения и клинического характера. Вторым програмным вопросом (совместно с терепевтами) значились: „этиология и лечение энтероптоза".

К 11 съезду назрел вообще вопрос о свободной пластике. И вот, рядом с докладами о пересадке костей, появляется доклад Корнева о „свободной пересадке фасций". Сейчас же за Корневым идет доклад на ту же тему Костенко и Рубашева. Еще на 10 съезде Минц представил сообщение о „катарре грудной железы". На 11 съезде он говорит уже о „кроветочащей молочной железе" и предлагает иссекать ее для предупреждения развития ракового новообразования.

12-ый съезд занялся в первую голову „лечением перитонитов". Основной доклад вел И. И. Греков. Целый ряд содокладчиков. Понятно, что за интересным докладом Грекова следовали обширные прения. Вторым програмным вопросом была „хирургия печени". Как раз на 12 съезде я позволил себе сделать сообщение о „редуцированном кровообращении" на основании экспериментальных и клинических данных. Впервые было твердо установлено значение вен для окольного артериального кровообращения. На том же съезде Гирголав выступил с докладом, имеющим хирургически-историческое значение, о сосудо-суживающих веществах в сыворотке крови самопроизвольных гангреников. Мы начали подходить еще тогда к значению надпочечников для развития „самопроизвольной гангрены".

„В виду преимущественной роли", говорил Гирголав „надпочечных желез в повышении сосудосу-

живающих веществ крови и явилось предложение проф. В. А. Оппеля воздействовать на надпочечные железы при помощи рентгеновских лучей, стараясь добиться частичной атрофии желез, а следовательно, и понижения их функции".

На 12 съезде выдвинулся вопрос об оперативном лечении опухолей головного мозга. Пионер нервной хирургии в России—проф. Л. М. Пуссеп—сделал сообщение, основанное на 24 собственных наблюдениях. „Из общего числа (11 человек) больных, у которых удалось удалить опухоль полностью, выздоровление наступило у 6 больных или в 55%".

Уже на 12 съезде было заслушано несколько сообщений о хирургии толстых кишек. На 13-ом съезде этот вопрос был поставлен програмным. Я сделал доклад при 5 содокладчиках из моих сотрудников. К этому прибавился целый ряд обстоятельных сообщений с других сторон. Второй програмный вопрос (совместно с терапевтами) касался „раннего распознавания и оперативного лечения рака желудка". Вопрос, практически имеющий огромное значение. Хирурги горько жаловались, что в их руки больные с раком желудка попадают слишком поздно. Проф. Алексинский выражался следующим образом:

„Что касается раннего распознавания, то этот вопрос исчерпан предыдущими докладчиками, и, кроме того, мы хирурги почти ничего не можем сказать по этому поводу. Причина этого та, что больные раком желудка обращаются к нам за помощью в такой стадии болезни, когда может возникать вопрос не о раннем распознавании, но о том, возможно ли еще оперативное пособие. Так было до последнего времени".

Думаю, что с исторической точки зрения приведенная выдержка заслуживает внимания. При всем стремлении хирургов как можно раньше подавать хирургическую помощь больным, страдающим раком желудка, помощь эта запаздывала в виде правила,

ибо терапевты слишком долго распознавали: диагноз устанавливался уже тогда, когда хирургическая помощь, по крайней мере, радикальная, оказывалась уже запоздалой, неосуществимой.

Интересно, что с докладом по поводу оперативного лечения рака желудка выступил известный московский хирург Дерюжинский, который сам был оперирован Kocher'ом в 1913 г.—3 месяца до съезда. Дерюжинский выступил горячим защитником ранних резекций желудка, при чем его личный опыт по резекциям желудка измерялся 58 случаями. К несчастию Дерюжинский все-таки погиб от рецидива рака желудка.

Из ряда интересных докладов, заслушанных 12-м съездом, по новизне вопроса, останавливает на себе внимание доклад Чайки из клиники проф. Өедорова об остановке кровотечений из почки тампонадой околопочечным жиром. Метод разработан экспериментально и применен в клинике.

Война 1914 г. прервала съезды хирургов. Лишь в 1916 году удалось собрать его—это был последний предреволюционный съезд. Количество докладов на нем было очень велико—107. Понятно, что програмным вопросом явилась военно-полевая хирургия, „хирургия войны". Были затронуты все вопросы хирургии войны: и организационные, и хирургия брюшной полости, и хирургия черепа, и хирургия сосудов, и хирургия суставов, и хирургия конечностей. Съезд протекал в повышенном настроении. Как раз во время съезда появилось известие об убийстве Распутина. Что-то ожидалось, что-то надвигалось... Съезд прошел с горячими прениями, особенно по вопросу о лечении огнестрельных повреждений полости живота. Сторонники выжидательного метода отношения с проф. Цеге-Мантейфелем во главе—протестовали против ранних чревосечений, но протестовали напрасно: хирургия подчинила себе и эти, наиболее тяжелые повреждения

Если теперь бросить взгляд на пережитые съезды, если обратить внимание только на програмные вопросы, то станет очевидно, что русская хирургия чрезвычайно быстро шла вперед. За 14 лет было внесено так много нового, было обсуждено так много важного, что вместить все это в краткий исторический очерк, конечно, невозможно. Помимо основных докладов, помимо солидных непрограмных докладов, нередко врывалась на съезды струя хирургической виртуозности, новая струя достижений. В этом отношении не могу не вспомнить поразительно чуть не первого в мире наблюдения Цеге-Мантейфеля, касающегося огнестрельного повреждения сердца. Пуля вошла в левый желудочек и застряла в правом желудочке. Проф. Цеге зашил раны левого желудочка, нащупал пулю в правом, ущемил ее между пальцами, вскрыл правый желудочек, извлек пулю, и больной поправился. Рядом с этим на 13 съезде Болярский показывал больных с отдаленными благоприятными результатами зашитых ран сердца.

Мозг, сердце, легкие, печень с желчным пузырем, сосуды, селезенка, кишечник, желудок, не говоря о других органах -- все подвергалось обсуждению хирургических съездов в интересах излечения страдающих. Если приходилось иногда повторять некоторые програмные вопросы, то 1) для того, чтобы дополнить данные. К сожалению это дело -- дело собирания коллективной статистики—не шло. 2) Для того, чтобы снова рассмотреть вопрос, выросший за несколько лет до небывалых размеров. Так дело обстояло с хирургией почек.

Идея, положенная в основание „Съездов Российских Хирургов", --идея объединения хирургов России на почве научного прогресса пустила глубокие корни. Хирурги с нетерпением ждали нового съезда, ждали с жаждой услышать новое от других и поделиться своими наблюдениями

По почину хирургов, организовали съезды и терапевты. Начались объединенные заседания. Объединение на почве чисто медицинских знаний имеет свое значение: при современном развитии медицины, практическая работа терапевта не может не идти рядом с работой хирурга и обратно. Объединенные заседания могут содействовать лучшему пониманию представителей двух важных специальностей.

Касательно съездов специально хирургов нельзя не отметить и еще некоторых сторон: эти съезды выделяли „урологические дни", благодаря чему урология имела возможность самостоятельной работы, не отрываясь в то же время от хирургии. Хирурги в России явились пионерами созыва специальных съездов. Явившись пионерами, они всячески содействовали развитию других съездов по специальностям. В этом их заслуга не только перед хирургией, но и перед медициной вообще, заслуга важного исторического характера.

ГЛАВА XI.

Женщины-хирурги.

Так называемый женский вопрос, вопрос о равноправии женщин имеет, как известно, свою длинную, длинную историю. В настоящий момент для нас он имеет только историческое значение. Потому особенно интересно посмотреть с исторической точки зрения на завоевание женщинами права заниматься медициной и на результат этого завоевания. В конце концов вопрос сводится к тому, способны ли женщины заниматься медициной вообще, хирургией в частности. Чисто теоретические сопоставления могли бы легко показать, что такие отделы практической медицины, как детские болезни, женские болезни, акушерство должны были особенно интересовать женщин. Следовательно, казалось бы, что, при добытом праве получать высшее медицинское образование, женщины в первую голову могли заинтересоваться указанными выше практическими специальностями. Факты показывают, что среди российских женщин, получивших высшее медицинское образование, появился и ряд специалистов-хирургов. Между тем хирургия требует от человека, ею занимающегося, особой выдержки, особого спокойствия, особой находчивости и часто особой смелости.

Исторически стремление женщин заниматься не только медициной, но и хирургией, развивалось не только в России, но и в других странах. Во Франции напр. это стремление обнаружилось тогда, когда Россия была в диком состоянии, когда в России

вообще не существовало медицины. При этом стремление женщин заниматься медициной и хирургией встречало во Франции солидное сопротивление со стороны врачей-мужчин. Для иллюстрации сказанного, позволю себе сослаться на известное сочинение по истории хирургии Gurlt'a.

„Мы уже видели", говорит Gurlt: „что в средние века во Франции как медицине, так и хирургии обучались также и женщины. В последующем мы приведем некоторые еще замечания на этот счет: уже Guy de Chauliac „(14 столетие)" горько жаловался на слабость правительства, которое предоставляет занятие хирургией в руки „женщин-идиоток, которые сводят лечение всех болезней на заступничество святых"; также энергично высказывается против „цирульников, колдунов, гадателей, алхимиков, куртизанок, старых женщин, крещеных евреев" и т. д. Henri de Mondeville; и на самом деле в 13 столетии были женщины, которые открыто занимались лечением и как таковые были занесены в податные списки" (Gurlt. Geschichte d. Chirurgie, 1898, Bd. 2, s. 23).

Из приведенной выписки, характеризующей 13 и 14 столетия, видно, что во Франции шла нешуточная борьба против стремления женщин заниматься медициной вообще, хирургией в частности.

Стремление к высшему образованию вообще составляет характерную особенность русских, российских женщин. Против этой особенности выдвигалось и в России много возражений. Однако, было и не мало сторонников такого движения. В конце концов российские женщины отвоевали себе право высшего образования и занялись между прочим медициной. Интересно, что стремление специально к высшему медицинскому образованию было столь велико, столь широко, что в России на Высших Женских Медицинских Курсах не хватало мест для всех желающих. Женщины ехали за границу и там обучались медицине

Посещая заграничные университеты, заграничные клиники в самом начале 20-го столетия, я был немало удивлен, когда увидел аудитории Mikulicz'a, Kocher'a, Roux переполненными женским элементом. При ближайшем знакомстве с делом, я убедился, что большинство из них прибыли из России и учились часто с энтузиазмом. Таким образом, как в России, так и за границей, создавался кадр женщин-врачей, часть которых превратилась в женщин-хирургов.

Прежде чем говорить о значении женщин-хирургов, считаю нелишним привести некоторые данные о возникновении и развитии высшего медицинского образования женщин в России.

„В 1872 г. было положено также начало высшему женскому медицинскому образованию путем учреждения, по инициативе военного министра графа Д. А. Милютина, при медико хирургической Академии женских врачебных курсов, при чем Л. Родственной (в супружестве Шанявская) было пожертвовано на это 50 000 руб. Первоначально имелось в виду учреждение курсов для подготовки ученых акушерок, но затем постепенно программа курсов была расширена до уровня университетского, и курс был увеличен с 4 до 5 лет. Оканчивающим курсы предоставлялось звание женщин врачей. Курсы, переведенные в 1876 г. в Николаевский военный госпиталь, просуществовали лишь до 1886 г. Военный министр генерал П. С. Ванновский нашел, что существование женских врачебных курсов при военном министерстве не соответствует задачам последнего, а потому предложил министерствам внутренних дел и народного просвещения принять курсы в свое ведение, обещая сохранить за ними получавшуюся ими ежегодную субсидию (8.200 р.). Оба министерства отклонили это предложение, ссылаясь на неимение средств или больниц. С 1882 г. был прекращен прием на курсы, а в 1887 г. они были окончательно закрыты"...

„1-го июня 1895 г. утверждено положение о С.-Петербургском Женском Медицинском Институте, который открылся 14-го сентября 1897 г. Институт первоначально должен был содержаться на счет пожертвованных капиталов (около 700.000 руб.) и пла-

ты за учение" (*Новый Энциклопедический Словарь, т. 17, стр. 807*).

Врачебные курсы, значит, просуществовали только 15 лет. За этот срок они успели дать ряд не только хороших практических врачей, но и ученых работников. Так как меня интересует специально история хирургии, то я должен отметить д-ра Черномскую, сотрудницу проф. Вельяминова. Правда, Черномская скорее была врачем-ортопедистом. Но в то время, когда Черномская работала, ортопедия в России еще не окончательно отделилась от хирургии.

Настоящим хирургом, хорошо владеющим ножом, получившим степень доктора медицины в России, в Военно-Медицинской Академии, является княжна Гедройц. Однако, Гедройц получила медицинское образование за границей, в Швейцарии, следовательно, относится к группе тех женщин, которые, по тем или иным мотивам, явились в Россию уже готовыми врачами. Рядом с Гедройц нужно поставить З. И. Духинову.

Как было упомянуто, существование Женского Медицинского Института началось с 1897 г. Прошло, стало быть, ровно 25 лет с его основания, и перед нами ряд женщин-хирургов, как профессоров, так приват-доцентов и практических хирургов приобревших себе определенное имя. Профессорами сделались Н. А. Добровольская и С. Н. Лисовская; штатным доцентом, т. е. на положении профессора, мы видим, А. И. Морозову; приват-доцентуру получили Н. И. Спасокукоцкая, М. В. Соколова и Р. С. Крым. Солидное научно-практическое имя приобрела Г. Ф. Петрашевская.

Так как это пионерки женщины-хирурги, так как именно на них прежде всего должна ссылаться история, оценивая значение женщин-хирургов, то мне представляется желательным привести краткие об них сведения.

Н. А. Добровольская родилась в Киевской губ., в 1878 г. Среднее образование получила в киевской гимназии. В 1904 г. окончила Женский Медицин. Институт в С.-Петербурге. Два года работала в качестве ординатора в клинике проф. Субботина. Затем служила земским врачем в Вятской губ. С 1906 г. состояла практикантом Института Экспериментальной Медицины. С 1907 г. заняла место штатного помощника прозектора при кафедре оперативной хирургии Женского Медицинского Института. В 1911 г. получила степень доктора медицины. В 1916 или 1917 г. избрана профессором хирургии в Воронежский университет. Имеет целый ряд научных работ, среди которых особого внимания заслуживают работы о сосудистом шве. Добровольская внесла в сосудистый шов ряд усовершенствований.

С. Н. Лисовская родилась в городе Хотине Бессарабской губ. в 1876 г. Среднее образование получила в киевской гимназии. В 1902 г. окончила Женский Медицинский Институт. В том же году стала работать в хирургическом отделении Петропавловской больницы в качестве экстерна, а с 1904 г. в качестве ординатора. С 1909 по 1917 г. состояла лаборантом при кафедре госпитальной хирургической клиники Женского Медицинского Института. В 1911 г защитила диссертацию на степень доктора медицины. С апреля по сентябрь 1910 г. находилась в заграничной командировке для научного усовершенствования. В 1916 г. избрана приват-доцентом по хирургии, в 1917 г. старшим ассистентом госпитальной хирургич. клиники Женского Медицинского Института. С ноября 1917 по октябрь 1921 г., после смерти проф. А. А. Кадьяна, по поручению факультета, читала лекции и заведывала кафедрой госпитальной хирургической клиники совместно с А. И. Морозовой и М. В. Соколовой. В 1919 г. избрана профессором по кафедре оперативной хирургии в петроградском Государственном Институте Медицинских Знаний. В течение войны 1914—17 г. г. состояла старшим хирургом 52 Городского лазарета для раненых.

Список ученых трудов проф. Лисовской таков: 1) Случай общей гонорройной инфекции с множественным поражением костей. Хирургический Архив, 1907 г. 2) К казуистике эмбриом яичника (совместно с д-ром Крым). Журнал акушерства и женских болезней 1908 г. 3) К казуистике мнимых дермоидов

мочепузырной стенки. Практ. Врач, 1908 г. 4) De l'anaphylaxie par voie rachidienne (совм. с д-ром Безредко). C. R. de la Soc. de Biolog. 1910. 5) L'anaphylaxie rachidienne etc. An de l'Inst. Pasteur. 1910. 6) К вопросу о сывороточной анти анафилаксии. Русск. Врач, 1911 г. 7) Анафилаксия и ее значение для клиники. Педиатрия, 1912 год. 8) К учению о пересадке щитовидной железы. Диссерт. 1911 г. 9) О лечении несрастающихся переломов и псейдартрозов впрыскиваниями измельченной надкостницы. Хирургический Архив, 1913 г. 10) К вопросу о вливании жидкого вазелина в брюшную полость с целью предупреждения сращений. Русс. Врач, 1914 совместно с проф. Д канелидзе). 11) Случай добавочного мочеиспускательного канала. Хирургический Архив Вельяминова, 1914 г. 12) Случай удаления селезенки по поводу болезни Banti. Хирургический Архив Вельяминова, 1915 г. 13) Кишечный узел по данным госпитальной хирургической клиники Женского Медицинского Института. Хирургический Архив Вельяминова, 1915 г. 14) Случай образования пузырного камня вокруг осколка шрапнели. Русск. Врач, 1915 г. 15) Случай артерио-венной аневризмы воротной вены и ветви верхней брыжеечной артерии. Рус. Врач, 1916 г. 16) К вопросу о хирургическом лечении свищей Stenon'ова протока и его ветвей. Врачебная газета, 1917 г. 17) К технике дренирования абсцессов головного мозга. Юбилейный сборник Грекова, 1921 г. 18) К вопросу о болезненных и гематурических нефритах. Юбилейный сборник Нечаева.

А. И. Морозова окончила Женский Медицинский Институт в 1902 г. В 1903 г. поступила ординатором в хирургическое отделение Петропавловской больницы. В 1906 г. исполняла обязанности ассистента при кафедре хирургической патологии. С 1907 по 1910 г. состояла лаборантом при госпитальной хирургической клинике Женского Медицинского Института. В 1909 г. получила степень доктора медицины. В 1914 г. получила звание приват-доцента при госпитальной хирургической клинике. С 1917 по 1921 г., совместно с проф. Лисовской, заведывала кафедрой госпитальной хирургической клиники. С 1917 г. состоит заведующим хирургическим отделением Петропавловской больницы. С 1920 г. состоит заведующим хирургическим отделением Николаевской детской больницы. Во время войны с 1914 по 1918 г

занимала должность старшего хирурга в городском лазарете № 150. В 1921 г. избрана штатным доцентом Клинической Десмургии. С 1921 г. состоит членом Хирургического Общества Пирогова. Печатные труды следующие: 1) Наркоз через прямую кишку Рус. Хир. Арх., 1908 г. 2) К вопросу о сосудистом шве и пересадке сосудов. Диссерт. 1909 г. 3) Применение артериовенного анастомоза при гангрене нижних конечностей. Хир. Арх., 1912 г. 4) Операция Ruotte'a при асцитах. 1912 г. 5) Вязкость крови при хирургических заболеваниях. Хир. Арх. 1913 год 6) Инородные тела желудочно-кишечного тракта. Хир. Арх., 1914 г. 7) К вопросу о болезни Hodgins'a Хир. Архив. 1915 г. 8) О гемолизе стрептококка. Хир. Арх., 1915 г. 9) О пересадке мочеточников Хир. Арх., 1916 г. 10) Гастропексия при гастроптозе. Вестник Хирургии, 1922 г.

Соколова М. В. родилась в г. Гродно, среднее образование получила в Могилевской гимназии В 1898 г. окончила историко-филогический институт, имея прибавочным предметом химию. В этом же году поступила в Женский Медицинский Институт. В продолжение 1896. 97 и 98 г. г. изучала анатомию под руководством проф. Лесгафта, исполняла обязанности лаборанта (курсов общества физического образования) по кафедре неорганической химии. В 1903 г. окончила Женский Медицинский Институт. С 1905 г. состоит лаборантом при кафедре неорганической химии Женского Медицинского Института. С того же времени работает в хирургическом отделении Петропавловской больницы. С 1912 г. состоит ассистентом Петропавловской больницы. В 1911 г. получила степень доктора медицины. В 1915 г. получила звание приват-доцента хирургии. С 1917 г. занимает должность ординатора Петропавловской больницы. С 1911 г.—член Хирургического Общества Пирогова. Научные труды: 1) К вопросу о бактериологии острого гнойного разлитого воспаления брюшины. Дисс., 1911 г. 2) К вопросу о лечении перитонитов. Хир. Арх., 1915 г. 3) К вопросу о гнойном воспалении червеобразного отростка, расположенного с левой стороны. Русск. Врач. 1910 г. 4) О солевых вливаниях голодающим животным. Русск. Врач, 1914 г. 5) Случай множественных огнестрельных ран тонкой кишки. Практ. Врач, 1914 г. 6) Серотерапия стрептококковых хирургических заболеваний. Врач. Газета,

1914 г. 7) Случай полного выворота и выпадения мочевого пузыря через мочеиспускательный проток. Русск. Врач, 1912 г. 8) К вопросу о хирургическом лечении врожденного отсутствия заднего прохода. Практ. Врач, 1914 г. 9) Случай внутреннего ущемления посредством большого дивертикула Meckel'я.

Р. С. Крым, родилась в Таврической губ., в 1875 г. Среднее образование получила в Феодосийской гимназии. В 1897 г. окончила историко-филологический факультет Высших Женских Курсов. В том же году поступила в Женский Медицинский Институт, который окончила в 1902 г., после чего исполняла обязанности ординатора при акушерско-гинекологической клинике проф. Феноменова. С 1904 г. до окончания Русско-Японской войны состояла ординатором лазарета Иверской Общины Красного Креста в Харбине. В 1906 г. исполняла обязанности ординатора при хирургическом отделении Петропавловской больницы. В 1909 г. состояла практикантом патологического кабинета Института Экспериментальной Медицины. В 1912 г. защитила диссертацию на степень доктора медицины. В 1917 г. занимала должность ассистента при кафедре хирургической патологии проф. Тиле. В 1915 г. получила звание приват-доцента. Ученые труды: 1) К вопросу о применении препаратов щитовидной железы после частичного удаления ее. Терапия, 1906 г. 2) О диагностическом значении антитриптических свойств кровяной сыворотки. Практ. Врач, 1910 г. 3) К вопросу о применении сальварсана при злокачественных опухолях. Русск. Врач, 1911 г. 4) Zum Chemismus der Verdaund, und Resorption untier. Körper. Hoppe Seylers Zeitschr., Bd. 74 (совместно с Лисовской). 5) К казуистике эмбриом яичника. Журнал акушерства и женских болезней, 1907 г. (совместно с Лондоном). 6) Studien über die spezifische Anpassen der Verdauungssäfte. 7) Idem. Hoppe Seylers Zeitschr. Bd. 68 и 74. 8) Применение аппарата повышенного давления при лечении эмпием. 9) О питании при sesunostomia в связи с учением о нормальном пищеварительном процессе в кишечнике. Дисс. 1912 г.

Н. И. Спасокукоцкая родилась в Ярославле в 1879 г. Среднее обрзэование получила в Ярославской гимназии. В 1904 г. окончила Женский Медицинский Институт. С 1905 по 1907 г. состояла помощником прозектора при кафедре оперативной хи-

рургии. Одновременно работала врачем-экстерном на хирургическом отделении мужской Обуховской больницы. С 1907 г. состояла сверхштатным лаборантом при факультетской хирургической клинике проф. Цейдлера. В 1909 г. защитила диссертацию на степень доктора медицины. С 1910 по 1914 г. был перерыв в работе по случаю болезни. С 1914 г снова работала в качестве ординатора в факультетской хирургической клинике. С 1915 г. работала в госпитале Красного Креста № 1 сначала в качестве старшего ординатора хирурга, а затем в качестве старшего хирурга С 1921 г. занимает должность старшего ассистента хирургической факультетской клиники. С 1906 г. состоит членом Хирургического Общества Пирогова. В 1922 г. получила звание приват-доцента клинической хирургии. Имеет следующие ученые труды: 1) Случай обширного изменения тонких кишек. Русск. Врач, 1906 г. 2) К вопросу о распознавательном значении переваривающей способности гноя. Русск. Врач, 1908 г. 3) Случай нарыва в легком после Friedländ-пнеймонии. Русск. Врач, 1908 г. 4) Бактериологические исследования крови при хирургических инфекционных заболеваниях. Диссертация 1909 г. (то же по немецки). 5) К вопросу о послеоперационных легочных осложнениях. Русский Врач, 1910 г. (то же по немецки). 6) Случай паратифозного остеомиэлита. 7) К вопросу об острых заболеваниях поджелудочной железы Русский Врач. 1918 г. 8) Гнойные заболевания почек по данным факультет. хир. клиники. Юбилейный сборник Грекова. Ряд работ сдан в печать, но еще не появился в свет.

Я привел жизнеописания женщин-врачей-хирургов, достигших профессуры и приват-доцентуры. Все они окончили Ж. М. И. в С.-Петербурге в период времени 1902—1905 г.г. Из перечня их работ видно, что все они получили солидную научную подготовку, много занимались практической хирургией, работали на ответственных хирургических постах. Разбирать все перечисленные работы не составляет мою задачу, ибо я пишу только критический очерк истории Русской хирургии. Но я не могу пройти молчанием, во-первых, интереснейших исследований Добровольской об усо-

вершенствовании сосудистого шва; во-вторых, не могу не отметить большого значения работы Спасокукоцкой о „бактериологическом исследовании крови при хирургических инфекционных заболеваниях". Спасокукоцкая с несомненностью доказала, что в первые часы заболевания рожей в крови больного всегда имеется стрептококк; через некоторый промежуток времени стрептококк из крови исчезает. Этот факт еще раз подтверждает, что организм человеческий, как организм животного, имеет возможность локализировать заболевание, имеет возможность прекратить поступление микроорганизмов в общий поток кровообращения. С другой стороны, тот же факт исчезания из крови стрептококка еще раз подчеркивает, что микроорганизмы, уже попавшие в общий поток кровообращения, силами организма внутри его органов и тканей уничтожаются. В первые часы рожистого заболевания мы имеем перед собой несомненную бактериэмию, которая приостанавливается, не вызывая обычно никаких метастатических процессов, ибо микробы гибнут в различных органах и тканях. Но если так происходит обычно, то при изменившихся условиях, при каком-нибудь и где-нибудь случайном местном понижении сопротивляемости, тот же рожистый стрептококк может дать метастатический гнойник, метастатическое заболевание, и происхождение этого заболевания будет совершенно ясным.

Факты говорят сами за себя. Жалобы старинных французских хирургов оказались неосновательными; сетования и предсказания российских противников женского медицинского образования не оправдались. Женщины, в качестве профессоров хирургии, заняли свое определенное место. Правда, русские женщины, как я уже говорил, особенно склонны к высшему образованию, особенно энергичны и талантливы; потому, может быть, они первые в мире и добились того, что сделались профессорами и приват-доцентами хирургии. Но факт остается фактом: семья российских хи-

ругов обогатилась женщинами-хирургами, при чем пока я говорю только о профессорах и приват-доцентах.

Чтобы оценить значение этого факта с исторической точки зрения, надо сравнить его с каким-нибудь другим историческим фактом, напоминающим в той или иной степени первый. На протяжении развития русской хирургии можно найти некоторую аналогию, к которой я и перейду.

Женский Медицинский Институт в С.-Петербурге возник в 1897 г. С момента его открытия прошло ровно 25 лет, и за этот промежуток времени Институт создал ряд профессоров и приват-доцентов хирургии. Нельзя забывать, что в тот же самый институт шли профессорами и приват-доцентами мужчины-хирурги.

В 1800 г. в С.-Петербурге начала функционировать Медико-Хирургическая Академия. Как уже нам известно, первым профессором хирургии в ней был Буш. В 1833 г. Буш покидает кафедру. За 33 года своей деятельности в Академии Буш создает школу хирургов, о которой я говорил и из которой вышел целый ряд профессоров хирургии. Это были первые профессора хирургии, так сказать, отечественного производства. Как раз между появлением профессоров в Медико-Хирургической Академии из своих учеников и появлением профессоров хирургии, учениц Женского Медицинского Института я и усматриваю аналогию.

Если с кем нибудь сравнивать женщин-профессоров хирургии, то их нужно сравнивать с профессорами школы Буша. Большая часть женщин профессоров хирургии и приват-доцентов принадлежит к школе проф. А. А. Кадьяна.

Конечно, для сравнения нужно принять во внимание уровень хирургических знаний начала 19-го и начала 20-го столетий, но тем не менее сравнение провести можно: два высших медицинских учебных учреждения, одно через 100 лет после другого, соз-

дают из своих учеников профессоров. В интересах сравнения я позволю себе отвести Буяльского. Как я уже неоднократно говорил, Буяльский представляет собой такую исключительную по размерам фигуру, что он не меркнет даже перед Пироговым, хотя был его современник. Буяльский кончал целый столетний период истории развития русской хирургии. Если можно от женщин-хирургов ожидать фигуры, которую бы можно было сравнивать с Буяльским, то этого нельзя ждать сейчас: ведь женщины-хирурги в России далеки еще до своего столетнего юбилея. Высшие женские медицинские курсы появились в России впервые в начале 70-х годов 19-го столетия, в то, значит, время, когда мужчины-хирурги уже организовали в Москве хирургическое общество, когда почти сошел со сцены Пирогов.

Если отвести Буяльского, то останутся профессора: Савенко, Саломон, Высоцкий, Пеликан и Гаевский, оставленный первоначально при Академии по хирургии, затем увлекся, видимо, терапией и сделался профессором терапии. Высоцкий получил кафедру хирургии в Московской медико-хирургической Академии. Пеликан получил кафедру хирургии в Виленской Академии. Савенко и Саломон остаются профессорами в медико-хирургической Академии в С.-Петербурге.

Как это ни странно, но история до известной степени повторяется и с женщинами-хирургами: Добровольская получает кафедру хирургии в Воронежском университете, Лисовская—в Госуд. Институте Медиц. Знаний. Ученики одной школы выросшие, возмужалые, окрепшие, самостоятельные—начинают переходить преподавателями в другие высшие медицинские школы.

Я уже говорил в первой части своего „очерка", что проф. Савенко был „любимейшим учеником" Буша, прекрасным человеком. У него имеются ученые труды, но количество их невелико, качество их хоро-

шее, но не блестящее. По *Лопатто* список его ученых трудов таков:

1) Описание глазной болезни между матросами Кронштадтского порта — совместно с Саломоном (В. М. Ж., 1823 г. 2) Gentamen anatomo pathologicum de melanosi. Дисс. 1824 г. 3) Описание кавказских минеральных вод. СПБ. 1828 г. 4) Очерк главнейших происшествий, до камнекрушения относящихся. 5) В Помпее найденные инструменты. Froups Notizen. 1822 г. 6) Описание излечения расширения подключичной боевой жилы чрез перевязывание сего сосуда. В. М. Ж. 1824 г. 7) Об ознoблениях и ожогах. В М. Ж.. 1834 г. 8) О бедро-мышечной и бедро-тазовой немочи. В. М. Ж. 1835 г. 9) Антонов огонь. Энциклопед. словарь Плюшара, 10) Воздушная болезнь, там же — компиляция. 11) История литотритии. В. М Ж., 1839 г. 12) Некоторые предварительные сведения относящиеся к операции камнекрушения.

Проф. Саломон был гораздо плодовитее своего товарища. Ландшевский собрал все работы проф. Саломона. Список их занимает 52№. Работы эти разнообразны, касаются между прочим глазных заболеваний. Саломоном написан большой учебник оперативной хирургии. Тем не менее мне не кажется, чтобы сравнение было невыгодным для профессоров и приват-доцентов женщин. Мне представляется, что они являют собою такие же хорошие примеры прав женщин занимать и хирургические кафедры, какими были ученики Буша, как доказательство, также блестящее, возможности в России создать свою школу профессоров хирургии.

От чисто научной стороны перейду к практической работе женщин-хирургов. Могло бы показаться, что работа на фронте, в подвижных лазаретах затруднительна для женщин, ибо выносливость их недостаточно велика. Факты опровергают и такое предположение. Я внимательно присматривался к работе женщин-хирургов в передовых отрядах Кр. Кр. И там,

даже в передовых отрядах часто встречалась та энергия, та распорядительность, иногда находчивость и предприимчивость, которые так свойственны русской женщине. История войны 1914—18 г.г. с несомненностью должна была убедить всякого, что работа в любом госпитале, в любом хирургическом лазарете, в передовом отряде ведется женщиной-хирургом также, как и мужчиной. Единственно, на что женщины врачи сами жаловались и что на самом деле им, по целому ряду причин, не подходит—это быть полковым врачем. Февральская революция привлекла к военно-санитарной службе большое количество женщин-врачей, причем многие из них попали полковыми врачами. Такое положение оказалось тягостным. Если бы было принято создавать женские батальоны, то при таких батальонах, может быть, врачам-мужчинам показалось бы служить не так удобно, как женщинам-врачам. Февральская революция создавала, как известно, и женские батальоны; ну, конечно, при таких батальонах женщинам-врачам как раз и место.

Впрочем, вопрос о полковых врачах в сущности не относится к истории хирургии. Я затронул его, чтобы осветить вопрос всесторонне. Теперь перехожу снова к женщинам-хирургам. Практическая деятельность любого хирурга, интересующегося своим делом, всегда соприкасалась с научной работой. Если ученый хирург не может жить без практической хирургии, ибо эта последняя рождает постоянно научные вопросы, то хирург-практик не может существовать совсем без хирургической науки. Среди сравнительно выдающихся мужчин-хирургов практиков иногда встречались такие, если можно будет так выразиться, чудаки, которые положительно боялись печатного слова, бежали от него, даже запрещали своим ученикам что бы то ни было писать под угрозой расстаться с ними, но это были исключения. Правило заключалось всегда в том, что практики хирурги также тяготели к науке, если не к теоретическим основам, то к вопросам прак-

тического значения. Тоже самое замечается среди женщин-хирургов.

Чтобы иллюстрировать последнее живым примером, сошлюсь на Г. Ф. Петрашевскую.

Г. Ф. Петрашевская родилась в 1882 г. в Волынской губ. Среднее образование окончила в Житомирской гимназии. В 1910 г. окончила Ж. М. И. Будучи студенткой 4 и 5 курсов, работала в 1907—1908 г.г. на эпидемии холеры в Тамбовской и Черниговской губ. Студенткой же 5-го курса исполняла обязанности ординатора госп. хирург. клиники. С 1911 г. начала работу в хирург. отделении мужск. Обуховской больницы. С 1914 г. состоит штатным ассистентом хирург. отделения, с 1920 г. —младшим врачем этой же больницы. с 1915 г.—старшим ассистентом госпитальной хирургической клиники Г.И.М.З. В последнюю войну состояла старшим ординатором двух хирург. госпиталей в Петрограде. С 1913 г.—член Хирургического Общества Пирогова. С 1922 г.—секретарь Хирург. Общества Пирогова, и секретарь журнала „Вестник Хирургии". Имеет следующие научные труды: 1) Случай ложной травматокисты поджелудочной железы. Р. Вр. 1912 г. 2) К казуистике пара-тифозных перитонитов. Р. Вр. 1912 г. 3) К вопросу о лечении прободных язв желудка и 12-ти перстной кишки. Р. Вр. 1913 г. 4) О пластике кост. связки коленного сустава. Юбилейн. сборник Грекова. 5) Значение определения диастазы в крови при заболеваниях pancreas. Юбил. сборн. Грекова. 6) Поражение реберных хрящей при инфекц. заболеваниях. Вестн. Хир. 1922 г. 7) Эвагинация S-flexurae при volvulus ее. Юбил. сборн. Грекова. 8) Лечение септических заболеваний внутри-венным вливанием азотнокислого серебра. Вестн. Хир., 1922 г. 9) Срочная операция при прободных язвах желудка. Вестн. Хирург. 1922 г. 10) К вопросу о хронических панкроатитах. Юбил. сборн. Нечаева. 11) Операция Albée при туберкулезном спондилите. Вестн. Хир. 1922 г. Кроме того несколько работ, сданных в печать

Петрашевская старший ассистент госпитальной хирургической клиники Грекова. Этого одного достаточно сказать, чтобы оценить опыт хирурга.

Старшими ассистентами мужской Обуховской больницы постоянно были выдающиеся практические хирурги, которые к тому же занимались научно и выходили в профессора. В Петрограде это одно из наиболее ответственных практически-хирургических мест. Из приведенного жизнеописания видно, что Петрашевской написан ряд работ. Особое внимание обратило на себя предложение Петрашевской производить срочные операции при язвах желудка, т. е. производить операции тогда, когда язва только угрожает своим прободением, производить с тою целью, чтобы предупредить прободение.

Я не берусь подводить окончательный итог значения появления женщин хирургов. Все они еще живы, все они работают и, очевидно, будут работать дальше. Окончательный приговор история вынесет после меня. Я счел себя вправе прежде всего указать путь исторического сравнения; говорю, что едва ли это сравнение окажется невыгодным для женщин хирургов и считаю себя вправе в качестве историка отметить то обстоятельство, что женщины-хирурги в России работают с большой энергией, работают плодотворно, добиваются ответственных практических мест, добиваются приват-доцентуры, получают хирургические кафедры и рядом с мужчинами хирургами идут к общей цели развития как научной, так и практической стороны того дела, которому отдались по призванию.

ГЛАВА XII.

Особенности русской хирургии.

Русская хирургия вступила в третий период своего исторического развития. В этот момент может показаться не только интересным, но и нужным подвести итоги ее особенностей. Понимаю, что дело это чрезвычайно трудное, но раз оно нужное, то посильный ответ должен быть дан. Чтобы говорить об особенностях, надо иметь какую-либо величину для сравнения. Такой величиной проще всего избрать германскую хирургию, ибо она, во-первых, больше всего влияла на ход развития русской хирургии, во-вторых, германская хирургия 19-го столетия отличалась необычайной быстротой и пышностью своего развития.

Было время —и оно не так далеко от нас—когда какой-нибудь новый факт или новая идея, предложенная вниманию русским автором, русским хирургом и в России, встречала или резкую критику, резкую оппозицию для своего признания, или вовсе игнорировалась, ибо этот новый факт не был еще открыт в Германии, ибо новая идея не только еще не была признана Германией, но иногда и противоречила принятому в Германии, значит, и у нас, взгляду корифеев германской хирургии. Новый факт не признавался не потому, что он недостаточно доказан; новая идея отвергалась не потому, что она неправильно построена, а только потому, что напр. Langenbeck, или Billroth, или Bergmann были иного мнения. Говорю это потому, что и мне приходилось в своей жизни слышать подобные возражения.

Существует один рассказ, переданный мне покойным прив.-доц. Академии Вас. Фед. Масловским. Может быть, это сказка, но если сказка, то очень поучительная. Потому позволю себе ее привести.

Много-много лет тому назад в медико хирургическую Академию приехал научно работать никому неизвестный скромный русский врач. Работая над диссертацией по поводу воспаления, он будто бы пришел к убеждению, что при воспалении из кровеносных сосудов в ткани выселяются белые кровеные шарики. Факт был совершенно новый. Диссертация была забракована, как утверждающая ересь. Когда вскоре после этого знаменитый Cohnheim открыл эмиграцию лейкоцитов, то о русском враче никто не вспомнил. Cohnheim составил себе своим открытием мировое имя; русский врач и история с ним отнесены к области „сказок".

Повторяю, что, может быть, эта история с русским врачем на самом деле сказка, но сказка, весьма похожая на быль, сказка, которая просто и ясно характеризует целый период развития не только русской хирургии, но и русской медицинской науки.

Авторитет наиболее выдающихся германских хирургов в России был так велик, что они подавляли своим авторитетом, таким образом до известной степени задерживая самостоятельное развитие русской хирургической мысли. Русская хирургическая мысль шла на поводу у германской. Некоторые русские хирурги составляли себе крупное имя тем, что тщательно следили прежде всего за германской хирургической литературой и пересаживали из нее в Россию все, наиболее выдающееся. Против позаимствований—с указанием, конечно, источников, как то и происходило —возражать нельзя. Без позаимствований ни одна хирургия существовать не может, а если и может, то не может так продуктивно развиваться. Но думаю, что между позаимствованиями вообще и только позаимствованиями существует порядочная разница.

Второе обстоятельство, характеризующее русскую хирургию с невыгодной стороны, заключается в следующем: при литературной обработке какого-нибудь материала, первое место уделялось иностранной хирургии, особенно германской, последнее—русской. Не упомянуть какого-нибудь нового или старого германского источника считалось почти непростительным; рядом с этим русские источники оставались или в тени, а то и просто не упоминались. Мало того. При обработке какого-нибудь собственного материала, работа писалась так, что центр тяжести ее приходился на изложение иностранной, особенно германской, литературы, а собственные наблюдения, те именно наблюдения, ради которых писалась работа, оказывались в виде как-бы почти ненужного, не имеющего значения, придатка к написанному труду.

Историческое объяснение приведенных фактов я дам потом, а пока перейду к наиболее неприятному вопросу, о котором бы хотел совсем не говорить, которого бы охотно избежал, но который стоит в связи с предыдущими, который дает и объяснение предыдущего. Я говорю—как бы это по мягче выразиться—о некотором предубеждении, о недостаточном уважении к своим российским работникам-хирургам.

Русский ум отличается чрезвычайной склонностью к самокритике, к самобичеванию, даже к самооплеванию. Способность глубокой самокритики, наклонность к самоанализу несомненно очень важное, драгоценное свойство русского ума. Но горе в том, что самокритика, критика своего, русского, незаметно переходила в непризнание, в отрицание достоинств, заслуг прошедшего; эта критика жила, находила даже какое-то удовлетворение в отрицании значения происходящего, в сокрушении иностранными авторитетами пробивавшейся, а иногда и ярко вспыхивавшей собственной, отечественной мысли.

Такой гениальный человек, как Пирогов, так раскритиковал своих учителей—профессоров Москов-

ского университета, особенно хирурга, что от последнего ничего не осталось. Между тем, с исторической точки зрения, Пирогов был не совсем прав.

Современником Пирогова и первым профессором госпитальной хирургической клиники в Москве был известный А. И. Поль. Проф. А. В. Мартынов дает подробное описание значения и деятельности проф. Поля. Но Поль был современником Пирогова. Первая госпитальная хирургическая клиника в Москве была организована Полем в Екатерининской больнице.

„Итак“, говорит проф. *Мартынов*: „до начала деятельности Поля в Екатерининской больнице хирургии в сущности не было. Из других лечебных учреждений Москвы заслуживает особого упоминания лишь Мариинская больница для бедных, в которой в то время оперировал в качестве консультанта известный тогда хирург, профессор Ф. А. Гильдебрандт. Он первый из врачей стал производить в Москве операцию камнесечения. За время его консультанства в Мариинской больнице было произведено им и другими врачами до 200 камнесечений (Овер). Повидимому, Гильдебрандт был в начале двадцатых годов 19-го столетия единственным в Москве широко оперировавшим хирургом. Старше Поля он был на 20 слишком лет“ (*Мартынов. А. И. Поль.* Приложение ко 2-ому выпуску „*Ежегодника императ. Екатерининской Больницы, стр. 5 и 6*).

С исторической точки зрения, Гильдебрант — учитель Пирогова — был первым хирургом в Москве, вырвавшим камнесечения из рук „операторов“, поставившим хирургию на научные рельсы, а Пирогов дает этому Гильдебрандту довольно нелестную характеристику. Правда, Пирогов характеризует Гильдебрандта, как профессора, правда Пирогов не щадит ни Диффенбаха, ни Лисфранка, но последние оба нашли себе поддержку в своих соотечественниках и вошли все-таки в наши учебники с Запада. Конечно, Гильдебрандта

нельзя равнять ни с Диффенбахом, ни с Лисфранком, но он все-таки имеет несомненное исторически положительное значение, а это значение едва ли можно признать за ним, если судить об нем только со слов Пирогова, который его критикует, как студент, жаждущий знаний, стремящийся в неизвестную еще ему даль,—убежденный, что он найдет в этой дали новые горизонты,—смотрящий только в будущее и в будущее светлое,—не считающийся с настоящим,—не считающийся с прошлым, а потому рубящий сплеча— „коль рубить—рубить сплеча".

Оставим Пирогова. Возьмем Вельяминова. От проф. Новацкого после характеристики Вельяминова, также будто ничего не остается, а между тем я показал, что как раз в то время, когда Вельяминов был студентом Московского университета и именно на старших курсах, проф. Новацкий и знал об. антисептике, а в 1876 г. произвел впервые в Москве овариотомию.

Своими словами я не хочу набросить тень на такие имена, как Пирогов и Вельяминов. Я хочу только сказать, что критика даже таких исключительных людей доходила до отрицания того, чего отрицать нельзя, - до непризнания того, чего не признавать невозможно. Но раз такие люди, как Пирогов и Вельяминов не признавали заслуг своих предшественников, то, спрашивается, зачем же было их ученикам справляться с прошлой русской литературой: на нее просто ставился крест. Источники отыскивались в прошлом иностранной, прежде всего германской, затем уже французской и английской печати. Русское, сделанное в России, и с большим трудом, забывалось; сделанное за границей в памяти постоянно освежалось, возобновлялось.

Значит, первая причина некоторой заброшенности русской хирургической литературы кроется в склонности к самокритике, к самоуничижению. Рядом с этим стоит недоверие к своим собственным силам.

В прошлой главе я мельком вспомнил тот факт, что некоторые хирурги-практики, и выдающиеся хирурги, как бы бежали печатного слова, запрещали своим ученикам что бы то ни было писать. Такой факт, а он несомненно имел место, может быть объяснен только недоверием к своим собственным силам, к своим собственным мыслям. Можно назвать такое недоверие к самим себе скромностью, излишней скромностью, но такая скромность со стороны людей, обладавших иногда огромным и интересным хирургическим материалом, невыгодно отражалась на ходе развития русской хирургии.

К сказанному присоединялись и другие обстоятельства. Я уже говорил, что первым сборником русской хирургической печати явилось „Хирургическое Обозрение". Но если сравнить это издание с германским Centralblatt für Chirurgie, то разница получится, конечно, в пользу последнего. При всех достоинствах, „Хирургического Обозрения", пользование им, как справочником, было менее удобно, чем Centralblatt.

„Хирургическое Обозрение" подробно реферировало работы по отделам, но к изданию не было приложено ни алфавитного перечня реферированных работ, ни алфавитного перечня реферированных авторов. Как раз такие перечни составляют главную практическую удобность пользования справочным изданием.

Чтобы найти русские источники, надо было перерывать все выходившие когда-либо медицинские журналы, так как статьи хирургического характера печатались часто в обще-медицинской прессе. Ориентироваться в литературе по германскому Centralblatt оказывалось гораздо проще, скорее и продуктивнее. Так как в германские, а также французские и английские справочники, попадали некоторые и русские работы, то собирание литературы ставилось в прямую зависимость от иностранных справочников, собира-

ние русской литературы оказывалось в зависимости от большей или меньшей полноты реферировавших заграничных изданий по отношению к русской хирургической литературе.

Смотря на дело с исторической точки зрения, я вовсе не настаивал бы на обязательности издания справочника по русской хирургической литературе. Для каждого работающего хирурга интерес сосредоточивается не только на отечественной специальной литературе, но на всемирной литературе. Однако, отечественной литературе должно быть отведено во всяком случае не последнее место, а, в зависимости от разбираемого вопроса, то более, то менее почетное место. Разрешение вопроса о пользовании отечественной литературой для русского хирурга стоит не в зависимости от издания специально русского реферирующего журнала, а в том, чтобы в каком-нибудь справочном журнале – будь то германский, французский, английский—полностью отражалась как русская, так и иностранная хирургическая литература.

Если перейти в область учебников, то и здесь мы столкнемся с некоторыми недочетами русской хирургии. Учебники напр. оперативной хирургии имелись в достаточном количестве и хорошего качества. На протяжении 19-го столетия было издано большое количество таких учебников. Но уже учебники общей хирургии, по сравнению с германскими, не выдерживали конкурса. Германские учебники были более обстоятельными, более полными, потому в России обычно пользовались переводными учебниками по общей хирургии. Еще в большей мере сказанное относится к учебникам частной хирургической патологии и терапии. Между тем германская хирургия выдвинула поистине классический учебник—Handbuch der praktischen Chirurgie. Он скоро был переведен на русский язык и получил широкое распространение.

Не думаю, что с Handbuch d. prakt. Chirurgie можно было бы сравнивать „Русскую Хирургию“, выходившую под редакцией проф. Дьяконова, Лев-

шина, Разумовского и Субботина. Скорее „Русскую Хирургию“ можно противопоставить „Deutsche Chirurgie“, ибо и та, и другая, по отдельным вопросам, имеет монографический характер. Нужно правду сказать, что большая часть того, что вышло в „Русской Хирургии“, было прекрасно обработано и написано.

„Учение о грыжах“ Крымова, „Учение о перитифлите“ Ростовцева, „Повреждения и заболевания предстательной железы“ Хольцова, „Повреждения и заболевания пищевода“ Венгловского, „Хирургические заболевания кишек и брыжейки“ Кадьяна, „Хирургия сердца“ Напалкова, и т. д. и т. д. представляют собой прекрасные монографии.

К сожалению издание все-таки осталось не совсем законченным. Помимо своей научной и практической ценности, появление в свет „Русской Хирургии“ имеет большое историческое значение, как первый в России большой, коллективный труд по частной хирургической патологии и терапии. В создании этого труда приняло участие большинство выдающихся российских хирургов.

Я говорил сейчас о теневых сторонах русской хирургии, касался причин, объясняющих эти теневые стороны. Все причины, приведенные выше, однако, покрываются одной общей и основной, а именно тем, что хирургия в Россию пришла с Запада, что хирургия в России развивалась только еще два столетия. Ясное дело, что гораздо легче и проще позаимствовать у Запада то, что там уже есть хорошего, чем создавать свое собственное долженствующее стать в уровень с западными, хотя бы германскими, достижениями. И тем не менее, стремление создать свое собственное, даже в смысле учебников, не уступающее западным образцам, в некоторых отношениях превосходящее последние, было, есть и будет. Венцом этого стремления и явилась „Русская Хирургия“.

Развиваться самостоятельно, когда из Германии, Франции, Англии и Америки подносятся новые фак-

ты, новые идеи, готовые итоги, когда там не только намечаются новые пути, но на глазах прокладываются совсем новые дороги, когда Запад кипит работой выдающихся, талантливых хирургов, дело, далеко не легкое. При таких условиях, русская хирургия рисковала стать подражательной и только подражательной, при чем одни хирурги могли следовать за французской, другие—за германской, третьи—за английской школами. Нет никакого сомнения, что подражание,—об этом я говорил—позаимствования не могут не быть. И тем не менее русская, вернее говоря, российская хирургия постепенно выработала свое „я", стала на самостоятельные ноги, внесла много интересного и оригинального в мировую хирургию, так что в конце 19-го и начале 20-го столетия западноевропейская хирургия стала серьезно прислушиваться к голосу русской хирургии. Это уже не было то, что было с Пироговым и Буяльским: Европа ценила и понимала этих выдающихся людей. Это не было то, что было с Бушем, оцененным Германией персонально. Нет, это был интерес, проявленный западно-европейской хирургией вообще к русской хирургии.

Нет никакой возможности отметить все то, что сделано оригинального и интересного российскими хирургами. Сознаюсь, я и сам, вероятно, не знаю всего того, что сделали в подробностях российские хирурги за все время своей работы. Прежде всего, однако, должен отметить, что российская хирургическая литература очень богата большими монографиями по различным отделам хирургии. Нельзя забывать, что большая часть диссертаций по вопросам хирургии имеет монографический характер. Рядом с этим большое количество монографий, написанных зрелыми, опытными, выдающимися хирургами.

Чтобы показать движение оригинальной мысли, начну с вопросов антисептики. Еще Пирогов обращал внимание на гигроскопические свойства перевязочного материала. Многие заграничные хирурги так-

же придавали этим свойствам большое значение, но учение о „физической антисептике“ создано было в России М. Я. Преображенским. Смысл его „физической антисептики“ заключается в том, чтобы использовать капиллярные свойства перевязочного материала в интересах борьбы с микробами в ране, в интересах, следовательно, выведения из раны попавших туда микробов. Труд Преображенского, обставленный многочисленными и убедительными экспериментами, до такой степени важен и интересен, что должен быть подчеркнут. Если Преображенский доказал, что всасывающая повязка, наложенная на рану, зараженную сибиреязвенными микробами, предохраняет животное от гибели, ибо микробы из раны высасываются, выводятся; если рядом с этим закупоривающая повязка, повязка, не обладающая способностью всасывать отделяемое из раны, ведет к гибели животных, то это факт огромного значения, факт, которым практическая хирургия не могла не воспользоваться. Практически „физической антисептикой“ раньше всех воспользовался А. А. Троянов в Обуховской больнице. Труд Преображенского вызвал на свет ряд работ: начался спор о преимуществах „сухой повязки“, о преимуществах „влажно-высыхающих повязок“. Правда, Преображенский несколько увлекся „физической антисептикой“, довел свое учение чуть не до отрицания асептики, но тем не менее его блестящее обоснование „физической антисептики“, перенесение им, в интересах борьбы с микробами в ране, в клинику основ физического закона, заслуживает самого серьезного внимания историка. Характерно, что идеи Преображенского многими хирургами игнорировались.

Когда я, будучи совсем молодым врачем, читал сочинение Преображенского, то я в нем нашел целое откровение новых идей, громадное поле для применения новых принципов лечения. Я увлекся принципами „физической антисептики“, в своих самых пер-

вых работах сейчас же заговорил о всасывающей повязке, а мой учитель—проф. В. А. Ратимов, смотрел на это увлечение, как на ложный шаг.

Из области общих усыплений приведу два наиболее ярких примера: с одной стороны прямокишечное усыпление Пирогова, с другой—внутривенное гедоналовое усыпление Кравкова, впервые в клинике примененное проф, Өедоровым. Способ Пирогова дал новый путь для усыплений; метод Кравкова дал не только новый путь, но, на основании ряда научных соображений, ввел новое средство для усыпления, считая это средство наиболее безопасным.

Пирогов первый создал не только костно-пластическую ампутацию и ее принцип, но создал принцип костно-пластического доступа. Вслед за Пироговым в России родился ряд костно-пластических ампутаций. Сюда принадлежат: операция Владимирова (1872 г.), операция Сабанеева (1890 г.) и операция Левшина—Спасокукоцкого (1898 г.). Из перечисленных сейчас операций интереснее всех судьба операции Владимирова.

Она впервые произведена была в 1871 г. Описана она Владимировым в его диссертации: „Несколько новых остеопластических операций на нижних конечностях". Казань, 1872 г. Операция была повторена Савостицким в 1880 г., а через год—в 1881 г. Mikulicz предложил тождественную операцию. Хотя Краевский указал в журнале на приоритет Владимирова, хотя Склифоссовский в 1884 г. на съезде в Копенгагене заявил публично о приоритете Владимирова, тем не менее операция почему то до сих пор ходит под названием Владимирова--Mikulicz'а. Она должна называться, конечно, именем одного Владимирова. Бывает такое положение вещей, когда в разных концах света, почти одновременно два хирурга предлагают почти тождественную операцию или высказывают почти одинаковую теорию. Тогда операция или теория, или описанная болезнь, могут быть окрещены именами обоих авторов. Но когда проходит промежуток в 10 лет между предложениями двух людей, когда второй из них в конце концов

должен был знать о первом, то вся честь изобретения должна быть приписана только первому автору.

Нечто подобное с операцией Владимирова произошло с эхинококкотомией по Боброву.

Когда я был в 1901 г. в Париже и рассказывал об операции Боброва, то мне французские коллеги заявили, что это операция Quenu. В этом же роде случилась история из-за шва печени Кузнецова и Пенского: французские хирурги стали приписывать себе честь изобретения такого способа шва.

Из сопоставления приведенных фактов с несомненностью прежде всего вытекает одно важное следствие: российские хирурги изобретали такие новые операции, изобретение коих делало честь наиболее крупным германским и французским хирургам.

Если бы я начал приводить не только все операции, но и все их видоизменения, предложенные российскими хирургами, сделав подробные литературные изыскания, то я на долго задержался бы на данном месте. Вместо того, чтобы делать литературные изыскания, которые были бы вполне уместны для полной истории русской хирургии, приведу на память несколько операций, имеющих историческое значение. Сюда, помимо перечисленных выше, принадлежит операция Насилова—вскрытие и иссечение пищевода через заднее средостение. Мы все знаем, что эта операция только теперь начинает получать права гражданства, а она Насиловым была предложена в 1888 г.

Вспомню напр. проф. Субботина. Целый ряд остроумных операций. Вертикальная остеотомия в двух местах ряда ребер для целей мобилизации грудной клетки в интересах уничтожения полости эмпиемы; дренаж-насос для лечения вскрытых острых эмпием. Дренаж-насос Субботина по идее своей, близко подходит к колоколам и банкам Bier'a.

Как раз на этом примере сказывается влияние германских авторитетов: дренаж-насос Субботина, если не ошибаюсь, никем не применялся, кроме самого автора, а стеклянные колокола Bier'а, с разрежением в них воздуха для выкачивания гнойного содержимого из полости плейры, увлекали русских хирургов; их пробовали, хвалили, писали даже об них диссертации. Идеи Субботина и Bier'а близки друг к другу, при чем Субботин пришел к своему дренажунасосу задолго до Bier'а.

Если я возьму самую простую вещь—шов раны, то в моей памяти встают: шов Мультановского, подкожный шов Бухмана, съемные швы Разумовского, шов печени Кузнецова-Пенского, „асептический шов" желудочно-кишечного канала Ростовцева. Если перейти к хирургическим инструментам, то и здесь творчество российских хирургов постоянно проявлялось, хотя именно эта сторона дела в России, в виду слабого развития техники, встречала всегда значительные затруднения. Затруднения преодолевались, появлялись новые, целесообразные инструменты. Мне сейчас вспоминаются долота Дьяконова, кровоостанавливающие пинцеты Өедорова, рихано-трепан Штоля. Последний инструмент, мало известный в Европе, по виду кажется довольно неуклюжим, а на самом деле чрезвычайно нежен для вскрытия черепа.

При громадном арсенале иностранных инструментов, при развитой технике заграничных инструментальных мастеров, при продолжающейся изобретательности заграничных хирургов, творчество российских в отношении инструментов, конечно, поставлено в затруднительное положение, и тем не менее оно постоянно существовало. Напомню напр. об оливах для исследования пищевода Өедорова: они в некоторых отношениях превосходят оливы Труссо. Естественно, если с изобретением инструментов российские хирурги отстают от западно-европей-

ских коллег и чаще пользуются выработанными, то в Германии, то во Франции, то в Англии или Америке, образцами. Но важно то, что российские хирурги, не будучи удовлетворены всегда западно-европейскими инструментами, будучи крайне стеснены в выполнении своих изобретений, тем не менее вносят новое и полезное в общее дело упрощения и усовершенствования хиругического инструментария.

Сделав экскурсию в область наркозов и инструментария, возвращаюсь к операциям. Известная операция перевязки v. saphenae magnae, открывшая собой новый период лечения расширений вен нижних конечностей, одновременно с Trendelenburg'ом и независимо от последнего была предпринята Трояновым. В то время, когда еще туберкулез суставов лечился преимущественно оперативным путем, проф. Волковичем была предложена резекция суставов без вскрытия суставной капсулы. Для лечения псейдартрозов проф. Склифоссовским был предложен и применен так называемый „русский замок" для сшивания отломков костей. Как раз сейчас заслуживает быть упомянутой операция, которую следовало бы назвать операцией „замыкания суставов", которая до сих пор называется артродезом.

Под артродезом надо понимать операцию, вызывающую сращение между освеженными суставными поверхностями. Под операцией „замыкания суставов" надо понимать вмешательство, которое создает неподвижность сустава, благодаря укреплению в его окружности „распорок", свободных костных пластинок, костных перекладин.

Проф. Вреден один из первых, если не первый, применил такую операцию на голено-стопном суставе. Проф. Рокицкий использовал распорку для неподвижности плечевого сустава. Проф. Вреден почти одновременно и независимо от проф. Рокицкого сделал ту же операцию и на плече-

вом суставе. Но проф. Рокицкий подвел под операцию законы механики, поставил, следовательно, операцию на строго научную почву. В России задуманная и осуществленная, операция „замыкания суставов“ поставлена и на путь научного развития.

Так как я говорю сейчас о костных операциях, то уж кстати напомню о следующем факте. Свободная пластика костей сильно заинтересовала хирургический мир в начале 20-го столетия. Мысль невольно влеклась к свободной пластике суставов. В Германии особено Lexer занялся пересадкой суставов. Однако, раньше Lexer'а Бухман в Петрограде произвел пересадку сустава, воспользовавшись первой метатарсальной костью для замещения нижнего конца резецированной плечевой кости. В. И. Добротворский первый предложил и осуществил пересадку ребер в дефекты черепной крыши. Добротворский исходил из того соображения, что изогнутые очертания ребер как раз соответствуют выпуклости черепной крыши. И нельзя не сказать, что эти соображения совершенно правильны.

От костных операций перейдем к органам. Хирургия сердца, повреждений сердца создана главным образом в России школой проф. Цейдлера. Это обстоятельство имеет большое значение. В России разрабатывались такие операции, которые в Европе или совсем не были знакомы, или строились на других основаниях. В этом отношении заслуживают внимания операции по поводу врожденных выворотов мочевого пузыря.

Выше я уже приводил некоторые данные по части изобретательности проф. Субботина. Теперь закончу этот вопрос. Операция Maydl'я, как способ лечения выворотов мочевого пузыря, нашла свое применение и в России. Эта операция была даже видоизменена Спасокукоцким. Субботин пошел к решению задачи иным путем. Его путь получил даже характеристику „гениального“ на одном из съездов Российских хи-

ургов. Субботин задался целью создать новый мочевой пузырь, который бы удерживал мочу. Сложной операцией Субботин такой пузырь создал, при чем из передней части прямой кишки устроил как бы мочеиспускательный канал. По своей идее, по своему плану операция Субботина на самом деле замечательна. Но она довольно сложна, кроме того имеет некоторые теневые стороны. Проф. Тихов, независимо от него и я с проф. Миротворцевым, нашли простой выход для лечения выворотов мочевого пузыря: выход был найден в пересадке мочеточников в прямую кишку, т. е. в выключении мочевого пузыря. И последняя операция встречает ряд возражений, но тем не менее этот способ был выработан в России, был неоднократно применен и иногда с блестящим длительным эффектом.

Затронутый вопрос переводит нас естественнейшим образом в область желудочно-кишечной хирургии. Основной фон этой хирургии дан иностранными, особенно германскими и французскими хирургами. Но и российские хирурги выдвинули ряд операций. Сюда принадлежат напр.: поворот прямой кишки для лечения ее выпадений по Вредену, желудочно-кишечное соустие по Подрезу, резекция С-образной кишки, при ее заворотах, по Грекову, упрощенная методика резекций желудка по Сапежко, закрытие каловых свищей по Рокицкому и т. д. и т. д.

В любом отделе оперативной хирургии можно встретить имена российских хирургов, предлагавших новые операции или видоизменявших ранее предложенные.

Не менее интересна научная, теоретическая сторона хирургии. В первом периоде истории русской хирургии в теоретической части науки не было ничего своего—все было заимствовано. Во вто-

ром периоде научная часть разрослась пышно. Российским хирургам удалось внести такие ценные данные, которые послужили или объяснением известного, или оказались совершенно новыми. Приведу на этот счет три примера.

Первый пример касается множественного эхинококка брюшной полости. Проф. А. И. Лебедеву, а затем окончательно проф. Алексинскому удалось экспериментально доказать, что множественный эхинококк брюшной полости есть результат обсеменения ее вторичными (дочерними) пузырями из лопнувшего первичного (материнского) пузыря. Клинически дело идет чаще всего о лопнувшем эхинококке печени. С момента появления в свет диссертации Алексинского спор о происхождении множественного эхинококка брюшной полости был решен. А спор длился очень долго.

Долго, очень долго хирурги учили, что травма предрасполагает к развитию в костях и суставах туберкулеза. Когда я был студентом, вопрос этот не был еще решен. Некоторые хирурги отдавали должное значению травмы, другие отрицали ее значение. Проф. Н. Н. Петрову удалось экспериментально доказать, что на самом деле травма предрасполагает сустав к поселению и развитию туберкулезной инфекции. После работы Петрова появился ряд экспериментальных работ, касающихся яичек, почек, даже поперечно-полосатых мышц, и было установлено, доказано, что всюду травма создает предрасположение к поселению туберкулезных палочек.

До удивительности странным казался тот факт, что никто из хирургов не обращал внимания на роль вен для развития коллатерального артериального кровообращения, когда простое теоретическое соображение говорит в пользу такой роли. Мне с моими сотрудниками удалось доказать как экспериментально, так и клинически, что роль эта несомненна, что этой ролью можно воспользоваться для практических целей. Я обосновал таким образом учение о „редуцированном кровообращении“ и смею думать, что это учение имеет теоретическое и практическое значение.

Рядом с этими примерами не могу не напомнить опять об **исследованиях Короткова**, который дал хирургам возможность до операции у многих больных судить о силе коллатерального артериального кровообращения, который, следовательно, дал возможность оценивать опасность перевязки крупных артерий конечностей, раз перевязка артерии необходима.

Труднейшая **область врожденных заболеваний** нашла своего исследователя в лице проф. **Венгловского**. Блестящими исследованиями паховой области у зародышей Венгловский разъяснил значение предрасполагающих для развития паховых грыж врожденных недостатков строения пахового канала; замечательными исследованиями он выяснил происхождение врожденных свищей шеи, при чем произвел напр. боковые свищи не от жаберных дуг, как учила германская школа, а от протоков желез.

Но и этого мало. Россия — огромная страна, с чрезвычайно разнообразными условиями существования. И вот, в Забайкалье, **по исследованиям д-ра Бека**, развивается своеобразная болезнь, которую он называет „osteoarthritis deformans endemica“. Болезнь проявляется в следующем:

„1) В Забайкальской области, между р. Аргунью и Газимурским хребтом существует эндемическая болезнь, выражающаяся клинически: утолщением суставов, хрустом, ограничением движений и сгибаниями, увеличением апофизов и гребешков, иногда задержкой роста скелета (кроме грудной клетки) или отдельных костей. 2) Чаще всего поражаются межфаланговые суставы и локтевые, затем колена, лучезапястья и голеностопные суставы, реже тазобедренные и плечевые. 3) Страдание обычно полиартикулярное; почти всегда одновременно поражаются на обоих сторонах симметричные суставы и в приблизительно одинаковой степени. 4) Развивается болезнь скрытно, без общего недомогания и лихорадки и без местных воспалительных явлений. Прогрессируя хронически, в течение приблизительно 8 лет, захваты-

вает все большее количество суставов и усиливает степень их поражения, но никогда не переходит в нагноение и костоеду и не дает ни анкилозов, ни шатких, болтающихся суставов. 5) Объективное исследование в связи с рентгенографией дает право на следующие выводы относительно происхождения изменений в костях. Под влиянием какого-то процесса кости размягчаются, и в местах сильного давления тяжестью тела или тягой сильных мышц эпифизы уплощаются и раздаются в стороны (сплющиваются), при чем край в виде костной губы выстоит в стороны или поднимается кверху или опускается книзу. Апофизы вытягиваются в сторону действия сильных мышц и расширяются в сторону наименьшего сопротивления. Гребешки тоже вытягиваются. 6) Изменения в костях обусловливают ограничение движений, согнутое положение членов и иногда другие искривления в суставах. 7) По длине кости обычно не изменены: нет ни утолщений, ни искривлений. 8) Задержка роста скелета и отдельных костей обусловливается, повидимому, как сплющиванием апофизов костей, так и ранним окостенением. 9) Со стороны нервной системы и психической сферы у тщательно обследованных 5 казаков резких уклонений от нормы не найдено. 10) Антропологический осмотр обнаружил у тех же больных некоторые признаки вырождения. 11) Исход quoad vitam благоприятный, quoad valetudinem completam неблагоприятный; болезнь может остановиться, особенно в местности, где нет эндемической болезни, но повидимому не проходит. 12) Из костно-суставных страданий, изучаемая нами болезнь ближе всего подходит к osteoarthritis deformans, но не идентична с ним. 13) Причина болезни заключается в каких-то свойствах питьевой воды, но не имеет характера контагия. 14) % больных по поселкам колеблется в широких границах: между 6,5% и 46%. Такая разница зависит от большей или меньшей вредоносности питьевой воды. 15) Из предрасполагающих моментов существенную роль играет возраст между 8-ью и 16-ью годами, соответствующий значительной энергии роста перед половой зрелостью. Наследственность если и играет роль, то только в местности с эндемической болезнью. Пол как предрасполагающий момент, роли повидимому не играет (*Бек. Диссерт. Петербург, 1906 г.*).

Итак, перед нами совершенно новая болезнь — болезнь Бека. Патогенез заболевания по Беку таков:

„Вредное начало может действовать непосредственно через кровь, достигая костетворных тканей, отличающихся большой к нему чувствительностью. Здесь оно играет роль раздражителя и, вызывая уклонения в нормальном ходе обмена веществ, влечет трофические растройства.

Другим путем, через посредство которого могут влиять заключающиеся в воде вредные вещества на костную систему, может быть какое-нибудь своеобразное влияние их на соответственные части мозга или щитовидную железу, вызывая в первом случае заболевание нервной системы, сказывающееся главным образом на трофических ее отправлениях; в последнем случае какое-нибудь своеобразное растройство ее функции, не выражающееся изменениями в объеме. За мысль о влиянии вредного начала на щитовидную железу может говорить частое совпадение условий, вызывающих утолщения и сгибания, с условиями, вызывающими зоб. Так в пос. Сиваченском из 77 лиц с osteo-arthritis у 17 есть зоб, в пос. Краснояро-Борзинском из 171 у 8, в Хаюманском из 51 у 1, в Горбуновском из 87 у 25... Но вредные начала, вызывающие зоб и сгибания, повидимому, не идентичны“.

Болезнь Бека, как видно, представляет собой своеобразное эндемическое заболевание. Условия этого заболевания нередко совпадают с условиями развития зоба, но, по Беку, условия эти различны. Бек не ставит заболевание костной системы в непосредственную связь с заболеванием щитовидной железы. Как раз наоборот поступает Вельяминов.

На основании своих клинических наблюдений, Вельяминов, как я уже говорил, выделил особую форму заболевания—polyarthritis thyreotoxica. Таким образом, возник интереснейший и важный вопрос о роли щитовидной железы, о роли ее заболеваний по отношению к изменениям, заболеваниям суставов прежде всего. Вопрос может быть поставлен

шире: о значении измененной функции щитовидной железы на функцию костей и суставов.

Болезнь Вельяминова, болезнь Бека, болезнь Минца—это приобретения хирургии за сравнительно короткий срок, все это приобретения, говорящие о непрерывном самостоятельном росте русской хирургии.

Я приводил, в качестве исторических примеров, факты, особенно резко запечатлевшиеся в моей памяти. Факты касаются главным образом после-пироговского периода и в большинстве относятся к последним 25 годам развития русской хирургии. 25 лет—такой сравнительно маленький период развития истории, что он может иногда ничем особенным не отличаться. Для развития русской хирургии последние 25 лет, как и предшествовавшие 25-летие, имеют огромное значение: начиная с первого года 19-го столетия, каждые 25 лет приносили русской хирургии новые и новые достижения. Если бы можно было нарисовать кривую развития русской хирургии, то она непрерывно бы росла до 1914 1917 г.г., т. е. до начала третьего периода истории. Начала третьего периода я не касаюсь почти совсем, упоминая только изредка некоторые работы, которые могли бы отнестись именно к третьему периоду. Должен только заметить, что и в третьем периоде, при его начале, несмотря на два сильных шока первый в начале войны, второй—сейчас же после Октябрьской революции—русская хирургия продолжала развиваться, вопреки всем трудностям, встретившимся ей на пути.

К несомненным особенностям русской хирургии относится история земской хирургии. Такой хирургии, хирургии при таких условиях, такой самостоятельной отрасли практической хирургии не было нигде, кроме России. Рядом с этим сопоставлю факт появления на сцену русской хирургии женщин-хирургов, не только практических хирургов, но профессоров и приват-доцентов. Такого факта также, кажется, пока не знает история хирургии других стран.

Чтобы закончить характеристику особенностей русской хирургии, надо остановиться на преподавании хирургии. К концу деятельности проф. Буша в Медико-Хирургической Академии кафедра хирургии разделилась: выделилась теоретическая хирургия, т. е. общая хирургия, переименованная потом в хирургическую патологию и терапию; выделилась академическая (факультетская) клиника, выделилась оперативная хирургия. Пирогов ввел госпитальную хирургическую клинику. Совершенно ясно, что преподавать общую хирургию, хирургическую патологию и терапию без клиники также невозможно. И вот проф. Богдановский добивается создания пропедевтической хирургической клиники. Все российские медицинские факультеты строились по этому образцу, при чем не все, насколько мне известно, добились пропедевтической хирургической клиники.

Разделение кафедры хирургии прежде всего на 3: госпитальной, академической (факультетской) клиник и хирургической патологии и терапии есть особенность русского преподавания. Выделение кафедры оперативной хирургии есть также наша особенность. Спрашивается, полезна ли эта особенность? Опыт показывает, что эта особенность очень ценная. Конечно, можно было бы соединить три клиники в одну и вести преподавание при одной клинике. Но при этом несомненно пострадала бы полнота и разносторонность преподавания. Если один и тот же предмет освещается с различных точек зрения, если он рассматривается компетентными людьми, но в различных освещениях, то преподавание выигрывает. Думаю, что более чем столетний опыт показал правильность того направления, которое было взято в начале 19-го столетия медико-хирургической Академией и затем привито всем факультетам. Развитие кафедр хирургии обнаруживает самые плодотворные последствия разделения их, ибо у обучающихся вы-

рабатывается больший кругозор, обучающие сосредоточивают внимание на особой характеристике, особом освещении одного и того же по существу, но крайне разнообразного и большого предмета.

Рассматривая вопрос с исторической точки зрения, мне бы казалось возможным сделать одно важное замечание. Создание новых хирургических кафедр должно было бы идти так, что кафедра на самом деле создается целиком. Так была создана кафедра Пирогова. Между тем в дальнейшем, при выделении новых кафедр, напр. глазной, кожных болезней, хирургические клиники урезались в своем размере. В конце концов почти все клиники оказались маленькими, когда должны были быть большими. Единственная клиника в Академии, имеющая 100 мест, это госпитальная клиника, но для нее 100 мест, конечно, мало.

Я имел честь 10 лет вести преподавание хирургической патологии и терапии и заведывать пропедевтической хирургической клиникой, которая распологала 44 койками. Преподавание хирургической патологии желательно было бы вести так, что чтение о заболеваниях известной категории сопровождать демонстрациями больных. Если, скажем, я читаю об остеомиэлитах, то, казалось бы, мне нужно показать таких больных в различных периодах их лечения. При малости клиники, такой метод преподавания совершенно неосуществим. Приходилось поступать так: разделять теоретическую часть от практической, демонстративной; в последней показывать больных, какие в настоящий момент имеются в клинике, дабы потом, при чтении соответствующей теоретической части, ссылаться на уже сделанные демонстрации. Конечно, и такой метод преподавания возможен, но он не идеален. Тоже самое относится к преподаванию в академической (факультетской) клинике. Правильное преподавание требует некоторой систематичности. Систематичность достижима при большом выборе, т. е. при большой клинике. Помимо неудобств преподавания, малость клиник значительно стесняет профессорскую деятельность в практическом отношении.

Гораздо труднее ответить на вопрос с исторической точки зрения о значении выделения кафедры оперативной хирургии. Нет никакого сомнения, что преподавание оперативной хирургии должно находиться в связи с клиникой, отвечать ее запросам. Оперативная хирургия такой обширный предмет, что выделение его для преподавания исторически совершенно правильно. Наибольшие трудности лежат в разрешении вопроса о связи этой кафедры с клиникой. История кафедры обнаруживает, что клиницисты, попадая на кафедру оперативной хирургии, стремились нередко перейти опять в клинику, бросив оперативную хирургию. Однако, среди профессоров кафедры оперативной хирургии мы знаем целый ряд, который развивал свою кафедру и не терял связи с клиникой.

В историческом очерке я, само собой разумеется, не могу ставить своей задачей разрешить трудный вопрос преподавания. Укажу только, что существование кафедры оперативной хирургии исторически оправдало себя, хотя именно эта кафедра развивалась с некоторыми шероховатостями.

Итак, русская хирургия, поставленная сразу на анатомический базис, имеет свои методы преподавания и, как я показал, необычайно быстро развивалась. Несмотря на стремление группы иностранцев, особенно германской партии, подчинить себе все развитие русской медицины, в частности хирургии, это не удалось: русская хирургия пошла самостоятельной дорогой, заимствуя с Запада, особенно из Германии, многое хорошее. Русская хирургия могла бы превратиться в хирургию только подражания—и тогда она была бы полезна для государства. Она же дала Буяльского, Пирогова, Склифоссовского, Вельяминова, Дьяконова и целый ряд других выдающихся хирургов. Российские хирурги создали отрасль хирургии, заслужившую к себе всеобщее уважение; они создали свои общества, свои

журналы, свою монографическую литературу, свою „Русскую Хирургию“—большой коллективный труд, создали свои съезды. Много оригинальных и остроумных операций, много своих теорий.

Вступая в третий период своего развития, представители русской хирургии могут быть удовлетворены: за 200 лет существования хирургической науки в России, в сущности только сто лет с небольшим приходится на вполне самостоятельное ее развитие. Очерк этой истории я представил—она поучительна. Она строилась массой хирургов—академических, университетских, земских, городских, строилась хирургами мужчинами, теперь строится и хирургами-женщинами—и все эти хирурги группируются вокруг фигуры гениального Пирогова. *Русская хирургия, особенно в количественном отношении приносимой ею пользы, далеко еще не дошла до той границы, до которой ей дойти надлежит, но история ее развития, быстрота ее развития—залог ее прогресса. Задача третьего периода ясна: подняв еще выше научное и практическое совершенство, насытить хирургической помощью народонаселение громадной страны. Для этого стоит жить, для этого стоит работать!*

ЗАМЕЧЕННЫЕ ОПЕЧАТКИ.

Стр.	Строка.	Напечатано.	Следует.
10	3 снизу.	голландцом	голландцем
27	8 сверху.	в антисептике	к антисептике
32	5 „	третям	по третям
43	11 сн.	года	годах
83	19 св.	представлена	предоставлена
100	4 „	корроизионные	коррозионные
102	19 сн.	непокрытую	непокрытою
103	5—6 сн.	мининистерства	министерства
113	7 сн.	семинаристам	к семинаристам
120	3 „	желаниями	желаниям
154	3 „	прибегаст	прибегает
160	8 св.	durchschneidung	Durshschneidung
176	12 сн.	верноетью	верностью
189	8 св.	каппилярность	капиллярность
212	18 сн.	с отцем	с отцом
221	17 св.	прогорлым	прогорклым
228	10 „	Grundzuge	Grundzüge
235	2 „	иеобходимо	необходимо
240	16 „	вс еже	все же
242	10 „	зетека	затека
„	5 сн.	вертлюга	вертлуга
245	13 св.	восстановлась	восстанавливалась
254	11 „	Афонасьевича	Афанасьевича
256	5 сн.	Каквказ	Кавказ
268	6 ст.	sprey'я	spray'я
277	7 сн.	о стремлении	в стремлении
283	5 „	Костырев	Костарев
284	12 св.	Костырев	Костарев
296	5 сн.	succiou	succion
307	10 св.	скромной	скоромной
350	13 сн.	Эрнесту	Эрнсту
352	9 „	закочет	захочет
353	12 „	не зависимо	независимо
359	6 св.	За то	Зато
362	2 сн.	хурургическом	хирургическом
375	20 св.	филогический	филологический
376	16 сн.	Verdaund	Verdaung
376	7 „	sesunostomia	jejunostomia
378	4 св.	Спаскокукоцкая	Спасокукоцкая
395	8 „	проф, Өедоровым	проф. Өедоровым